

VERA LÚCIA GUIMARÃES BLANK

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM



00039239

Dissertação de Mestrado apresentada à
Escola Nacional de Saúde Pública da
Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador:

Profª Anamaria Testa Tambellini

Rio de Janeiro

1987

Empreendimento Profissional

À amiga

Eunice Xavier de Lima, que com seu estímulo contagiante e grande apoio, sempre acompanhados de carinho, me incentivou ao estudo da prática da enfermagem.

Ao companheiro Nelson, que com seu amor, carinho e profunda amizade me fez crescer e enxergar a vida de uma outra forma.

Ao filhote Daniel,
segunda alegria do meu viver.

AGRADECIMENTOS

- À amiga e orientadora Anamaria Testa Tambellini, cujo apoio e estímulo foram fundamentais para a realização deste trabalho.

- À Professora Elsa Ramos Paim, pela discussão inicial do projeto de dissertação e indicação de bibliografia.

- À colega Maria de Lourdes de Souza, pelo estímulo, leitura e discussão de parte de nosso trabalho.

- Aos colegas e professores do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina por terem assumido parte de nossa carga horária didática no período de elaboração desta dissertação.

- Ao João Inácio Müller, pela revisão de português e à datilografia da dissertação.

SUMÁRIO

Página

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - O TRABALHO: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	13
CAPÍTULO II - O PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM	28
CAPÍTULO III - O SURGIMENTO DA ENFERMAGEM MODERNA	41
CAPÍTULO IV - A ORGANIZAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL	59
CAPÍTULO V - A ENFERMAGEM NUM CONTEXTO DE CRISE	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
BIBLIOGRAFIA	110

INTRODUÇÃO

A chamada "Enfermagem Moderna"¹ foi implantada no Brasil em 1923, com a criação da Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), hoje Escola de Enfermagem Ana Neri (UFRJ). Para sua instalação, Carlos Chagas então diretor deste departamento, solicitou recursos junto à Fundação Rockefeller que trouxe para o país uma equipe de enfermeiras americanas para implantarem a formação da "Enfermeira de Saúde Pública", tipo de profissional tão necessário àquele momento nacional.

A saúde no Brasil emerge como questão social no início do século XX, no auge da economia cafeeira, quando ocorrem mudanças fundamentais em nossa sociedade. Era de extrema importância então, o saneamento dos portos e principais núcleos urbanos do país como Rio de Janeiro, São Paulo e Santos, para a criação de

¹Por Enfermagem Moderna compreende-se aquela exercida pelas várias categorias de pessoal submetidos a um preparo formal, por oposição à Enfermagem Tradicional exercida por leigos.

condições sanitárias mínimas que possibilitassem as relações comerciais e política de migração (RAMOS & BLANK, 1982).

Observa-se assim que a "enfermagem moderna" nasceu sob a égide da saúde pública, e com o objetivo implícito de atender as necessidades econômicas do país (ALMEIDA et alii, 1981).

Para CASTRO (1977) a criação da Escola de Enfermeiras pode ser explicada "pela tomada de consciência dos sanitaristas, em relação à necessidade da assistência de enfermagem, durante a epidemia da gripe espanhola, em 1918" (grifos nossos).

É importante salientar que desde 1832 ocorria o ensino de "parteiras" junto às Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, e que à partir de 1890 começou a funcionar a primeira Escola de Enfermagem junto ao Hospital de Alienados, fundada por psiquiatras que também eram os responsáveis pelo treinamento dos alunos (JORGE, 1975).

Assim, até a criação da Escola de Enfermeiras do DNSP, a prática de enfermagem era exercida em sua maioria por leigos sem nenhum preparo formal, por religiosas e por uma pequena parcela de indivíduos com algum tipo de treinamento, não havendo uma divisão do trabalho de enfermagem nos moldes que encontramos hoje. Atualmente, a prática de enfermagem no país é desenvolvida por diferentes agentes com formação também diferenciadas, a saber: a enfermeira, profissional de nível superior; o técnico de enfermagem, com formação profissionalizante de segundo grau; o auxiliar de enfermagem, com formação à nível de primeiro ou segundo grau; e os atendentes de enfermagem, visitantes sanitários, agentes de enfermagem de saúde pública, entre outros, que não são preparados pelo sistema formal de ensino, mas através de algum treinamento em serviço.

Sabe-se que ocorreu uma divisão social e técnica do trabalho de enfermagem ao longo de desenvolvimento de sua prática no país, e que "coube ao enfermeiro a reprodução em sua área, das relações de dominação é subordinação do capitalismo" (ALMEIDA et alii, 1981).

Com a criação da Escola de Enfermeiros do DNSP nos padrões americanos e portanto "nightingaliano" e mais tarde das escolas de auxiliares e técnicos de enfermagem, tivemos a formalização do ensino da enfermeira e de seus elementos auxiliares, que segundo ALMEIDA et alii (1981) possuía duas metas principais:

1. Formar pessoal que continuasse exercendo a prática de enfermagem anterior, mas com a introdução do elemento técnico.
2. Formar pessoal — a enfermeira — para supervisionar, administrar e disciplinar o trabalho de enfermagem.

Hoje, apesar da formação da enfermeira estar centrada no "cuidado direto ao paciente", onde lhe é ensinado que este é o objeto de sua prática, encontramos uma das grandes contradições na relação "ensino formal X prática profissional", uma vez que a sua função primordial continua sendo basicamente mesma a de 59 anos atrás, qual seja: administrar, supervisionar e disciplinar a prática de enfermagem. Melhor dizendo, monopolizar o conhecimento e "controlar" o trabalho dos elementos auxiliares de sua equipe, isto é, gerenciar este trabalho.

Esta "aparente indefinição" quanto ao papel da enfermeira em relação aos outros elementos da equipe de enfermagem levou à uma grande crise na prática de enfermagem, e tem sido motivo de grande preocupação e reflexão por parte das enfermeiras que passaram a questionar a sua posição, tanto dentro da equipe de saúde, como dentro dos sistema de saúde e da sociedade em geral.

Neste sentido, no final da década de setenta e início da de oitenta, têm surgido no país pesquisas e estudos que tentam analisar a prática de enfermagem enquanto uma prática social, porém, a maioria destes estudos privilegiam suas análises em relação aos aspectos técnicos e internos ligados à profissão.

Em um levantamento da produção do conhecimento em enfermagem através das teses de pós-graduação, ALMEIDA e col. (1981) chegaram à constatação de que a grande maioria dos trabalhos estão relacionados à área de assistência de enfermagem (44,4%), seguida da área biológica (20,6%) e por último a área de administração hospitalar (19,6%). Concluem assim que "esta produção tem estado centrada nos aspectos internos da prática profissional, enquanto prática técnica". Em um outro estudo, estas autoras chamam a atenção de que as pesquisas sobre enfermagem no país, tanto no que diz respeito ao ensino e à prática, foram e ainda são elaboradas dentro de uma linha funcionalista de análise, vinculadas à Parsons no que diz respeito aos sistemas sociais, e à Weber em relação às instituições burocráticas (SILVA et alii, 1981).

Os estudos sobre a prática de enfermagem tiveram início no Brasil em 1963 com o trabalho de Alcântara, que analisou a posição da enfermagem na sociedade, os obstáculos para sua expansão e o reconhecimento de uma certa estagnação da enfermagem no país devido à importação de modelos de ensino de sociedades "industrializadas e urbanizadas" na década de vinte, para nossa sociedade que possuía características predominantemente rurais e economia agro-exportadora. Aponta ainda para o fato de que a incompreensão da profissão no país, fazia com que não houvesse uma procura por parte das pessoas para os cursos de enfermagem (OLIVI, 1982). Neste sentido a Associação Brasileira de Enfer-

magem (ABEn) realizou um "Levantamento dos Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil (ABEn, 1958), onde procurou demonstrar a posição da enfermagem no mercado de trabalho, ficando evidenciado o grande déficit de enfermeiras agravado pelo desvio de sua função, e os baixos salários pagos a todo o pessoal de enfermagem. O levantamento mostrou também a seguinte distribuição quantitativa dos elementos da equipe de enfermagem: 8,0% de enfermeiros, 22,8% de auxiliares de enfermagem e demais categorias reguladas por lei, e 69,2% de atendentes de enfermagem.

FERREIRA-SANTOS (1973) realizou um Estudo de Caso em um hospital-escola onde analisou o papel da enfermeira no sistema hospitalar e na sociedade (utilizando para tanto o esquema proposto por Parsons), identificando a sua não integração aos mesmos. De acordo com a autora "a ocupação está em processo de transição no definir papéis, conservando ainda muitas características da organização tradicionalista vigente na sociedade inclusive, com reflexos no sistema parcial do Hospital".

VERDERESE (1979) ao analisar a história da enfermagem na América Latina enfatizou a importância dos fatores sócio-econômicos e políticos na explicação do desenvolvimento da prática de saúde, e conseqüentemente na de enfermagem. Conclui em seu estudo que tanto a prática, como o saber na área de saúde e área de educação estão estreitamente vinculadas às transformações históricas do modo de produção a qual pertencem. "É, portanto, a estrutura econômica o fator determinante do tipo de prática e de educação em enfermagem que se estabelece em uma determinada época e em uma determinada sociedade. O reconhecimento desse fato facilita a compreensão das ações, inovações e recomendações que surgem no campo da enfermagem e da educação,

e remete a uma análise e reflexão a fim de que os planos e proposições de mudanças sejam compatíveis com a estrutura social global do país".

OLIVEIRA (1979) em seu trabalho, procurou relacionar a prática de enfermagem com a estrutura social do país. Observou que o desenvolvimento desta prática acompanhou as várias fases da evolução sócio-política-econômica do Brasil, e que ocorreu concomitantemente à institucionalização do cuidado ao doente. "Este se deu de modo predominantemente, nas instituições hospitalares, justamente porque a ênfase do sistema de saúde tem sido para a medicina curativa...", o que levou à uma concentração do pessoal de enfermagem (80%) nestas instituições.

Também OLIVI (1982) constatou que a prática de enfermagem inserida que está ao modelo de saúde vigente no país, portanto voltado para a medicina curativa, "acha-se concentrada nos hospitais e, portanto, distanciada das prioridades de saúde da população".

Vários autores são unânimes ao apontar o esgotamento do modelo de saúde vigente no país, e suas implicações para a prática de enfermagem. Implicações estas, que segundo LORENZETTI (1982), se traduzem em crises: de mercado de trabalho que se encontra saturado, apesar da carência de pessoal de enfermagem apontada nas estatísticas oficiais ou não; e crise de caráter profissional, caracterizada pelas condições de trabalho inadequadas, baixos salários, subemprego, má distribuição e má utilização dos recursos agravados pelos desvios de funções, e a frágil organização do pessoal de enfermagem que, como categoria, encontra-se fragmentada, dividida e sem entidades representativas de seus interesses como um todo.

Outro fator que também está se traduzindo em crise para a enfermagem e principalmente para a enfermeira, se caracteriza pela falta de autonomia da profissão, agravada pela subordinação de seu trabalho ao médico, principalmente em instituições hospitalares.

SANTOS & VIEIRA (1979) ao analisarem a prática de enfermagem no país afirmam que: "nos serviços de saúde, principalmente no campo hospitalar, o trabalho é realizado por grupos multiprofissionais cujo produtor principal é o médico. Essa condição lhe assegura a hegemonia do controle técnico operacional do cuidado ao doente mediante prescrições de atos que serão executados por outros profissionais de menor qualificação", entre elas a enfermagem.

BORGES (1980) refere que "a omissão dos enfermeiros no cuidado direto ao paciente tem sido explicada como consequência do grau de organização alcançado pelos serviços de saúde, nos quais a enfermagem está caracterizada como serviço complementar, dependente de prescrições para algumas de suas atividades e de definições políticas e de normas para outras" (grifos nossos).

A enfermagem, servindo-se de áreas diversas do conhecimento e dos meios de trabalho produzidos pelo complexo médico-industrial, construiu em princípio, um campo próprio do saber, embora seus limites pareçam ainda estreitos e imprecisos, constituindo portanto um saber subordinado (ALMEIDA et alii, 1981). GONÇALVES (1979) ao analisar a divisão do trabalho médico, também fala sobre a divisão do trabalho na enfermagem e sua relação de subordinação ao trabalho médico: "todo o trabalho direto de assistência ao doente comporta inúmeras funções "manuais", e são essas as primeiras a se separarem subordinadamente no tra-

balho médico, constituindo-se a enfermagem. A própria enfermagem é atingida posteriormente pela reiteração da mesma divisão, sendo suficiente para compreender seu sentido a consideração da apropriação das tarefas de supervisão e controle ao profissional com qualificação formal superior, o enfermeiro".

Ainda com relação à divisão do trabalho em enfermagem, FERREIRA-SANTOS (1973) em sua pesquisa cita dois autores americanos — Simmon e Hendersan — que consideram que "uma melhora considerável na administração de enfermagem, pode, talvez primeiramente, ser conseguida através de maior conhecimento e melhor controle das divisões de trabalho existentes na prática de enfermagem, muito desta divisão tendo surgido ao acaso e tendo sobrevivido pela tradição, apesar das mudanças de condições" (grifos nossos).

Já ALMEIDA et alii (1981) sustenta que o desenvolvimento técnico aliado a implicações de natureza social, subdividiram os agentes encarregados do cuidado direto ao paciente em outras categorias tais como os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, que se viram destituídos do domínio do saber e subordinados ao enfermeiro.

Sobre a função que a enfermagem exerce nos serviços de saúde e na sociedade, vários autores apontam para o papel da enfermeira como uma profissional que desenvolve atividades predominantemente "burocráticas", possui a função de "controladora" do serviço de seus subalternos, assumindo portanto a postura de dominação. "O papel do enfermeiro no sistema formal de saúde tem sido basicamente o de garantir o seu funcionamento nos moldes definidos pelos detentores da hegemonia no setor — os empresários médicos". Desta forma cabe ao enfermeiro ^a a organização da assistência de enfermagem de tal forma que permita

viabilizar a política de privatização é obtenção de lucros. Seguindo o pensamento do autor, "a análise da prática de enfermagem nos serviços de saúde nos permite afirmar que a tarefa de fiscalização e controle do pessoal auxiliar tem a predominância da ocupação do seu trabalho, secundada pelas atividades burocráticas e gerenciais..." (LORENZETTI, 1982).

Já FERREIRA-SANTOS (1973) acredita que devido à sociedade possuir determinadas preconceitos em relação ao trabalho manual, fez com que as enfermeiras buscassem maior satisfação em tarefas que lhe proporcionassem "status" e/ou maior renda. "Isto levou-as a refugiarem-se em funções de supervisoras e administradoras, e delegarem a maior parte das funções básicas e técnicas ao pessoal auxiliar" (grifos nossos).

De acordo com o exposto pode-se perceber que os estudos sobre a prática de enfermagem são recentes, escassos e em sua maioria optaram por uma análise funcionalista. Sob este enfoque, os problemas existentes na área da saúde são encarados como sendo de ordem técnica ou administrativa, e a intervenção estatal é vista como neutra a serviço do bem estar geral de uma sociedade pretensamente homogênea (ALMEIDA et alii, 1981).

Assim, os estudos acerca do pessoal de enfermagem, em geral, não tem procurado alcançar os reais determinantes de sua evolução, limitando-se a comparações quantitativas e análise de aspectos qualitativos, tecnicamente, sem levantar ou aprofundar a necessária articulação e dependência destas questões com a organização do setor saúde e o modo de produção estruturado no país. Decorre daí, que os mesmos não permitem a apreensão dos determinantes reais da evolução da prática de enfermagem no país, bem como não possibilitam uma compreensão global dos problemas e crises que enfrentou e vem enfrentando ao longo de

seu desenvolvimento histórico.

E mesmo os estudos que procuraram analisar a prática de enfermagem enquanto uma prática social de uma forma mais abrangente, tentando relacionar o seu desenvolvimento com os determinantes sociais, econômicos e políticos, por questões óbvias de serem os pioneiros e estarem introduzindo este tipo de análise entre nós, não conseguem dar conta da totalidade da compreensão de seu desenvolvimento, de suas crises e de seus inúmeros problemas para afirmar-se como profissão no Brasil.

Desta forma, várias questões são ainda motivo de preocupação e grande polêmica entre as pessoas que trabalham em enfermagem e que se constituirão em objeto de nosso estudo: identificação dos principais determinantes da divisão do trabalho de enfermagem no Brasil, as relações que se estabeleceram a partir desta divisão entre os vários elementos que compõem a equipe de enfermagem e o papel que coube à enfermeira enquanto planejadora administradora e supervisora da prática de enfermagem; melhor dizendo, controladora e gerenciadora desta prática.

Uma vez que entendemos a prática de enfermagem como uma prática histórica, acreditamos que a mesma reflete as mudanças que ocorrem no modo de produção a qual está inserida. E para que possamos dar conta das transformações que passou esta prática até nossos dias, precisamos compreender também as transformações ocorridas na sociedade em geral, no mesmo período.

Assim sendo, nosso trabalho procurou analisar o desenvolvimento e organização da enfermagem moderna à luz dos determinantes sociais, econômicos e políticos, identificando a estruturação da divisão do trabalho e suas relações com o desenvolvimento capitalista, o que permitiu uma compreensão mais

abrangente da prática de enfermagem que hoje se desenvolve no país.

Nossa preocupação básica foi a de estudar o que determinou esta divisão, mostrando o papel fundamental que a enfermeira exerceu e ainda exerce em relação aos outros agentes da enfermagem, como a pessoa que ocupa o cargo mais alto na hierarquia profissional, e as relações de poder daí decorrentes.

Desta forma, realizamos um levantamento bibliográfico através de fontes primárias e secundárias (documentos, periódicos, relatórios, livros, legislação, etc.), a fim de podermos recuperar e reconstruir a história da enfermagem moderna de uma forma mais abrangente.

A análise dos dados levantados obedeceu à uma periodização que conseguisse apreender os principais momentos e especificidades da enfermagem inseridos, relacionados e articulados com os momentos e/ou transformações gerais ocorridas na sociedade. Esta periodização foi de fundamental importância, e forneceu subsídios valiosos para que se conseguisse identificar os principais determinantes da divisão do trabalho da enfermagem ao longo de seu desenvolvimento.

Este trabalho consta de cinco capítulos assim distribuídos: no primeiro capítulo são abordados algumas considerações teóricas sobre o trabalho, processo de trabalho e divisão social e técnica do trabalho, que servirão como um referencial para a análise do processo de trabalho da enfermagem.

No segundo capítulo, procuramos analisar as principais características que determinam a organização do processo de trabalho da enfermagem atualmente em nosso país, buscando apreender os conflitos existentes entre os agentes da enfermagem e a

função de gerência da enfermeira.

No terceiro e no quarto capítulos analisamos a organização e institucionalização da enfermagem moderna na Inglaterra e no Brasil respectivamente, onde tentamos levantar as principais questões relativas ao desenvolvimento da prática da enfermagem como uma prática histórica e socialmente determinada.

Finalmente, no quinto capítulo, tentamos analisar a prática atual da enfermagem no Brasil, que se caracteriza como uma prática em crise, tanto da enfermagem em geral, ou seja, de todos os seus agentes, quanto a crise específica da enfermeira.

CAPÍTULO I

O TRABALHO: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

O trabalho é um processo realizado pelo homem sobre a natureza para produzir e utilizar seus produtos segundo suas necessidades. Em si abstrato, é tão somente a utilização da força de trabalho para suprir determinadas necessidades. Outras espécies desenvolvem atividades sobre a natureza com o sentido de transformá-la, e assim poderem satisfazer suas necessidades de uma melhor forma. Mas o que distingue o trabalho humano de outros animais não são suas semelhanças, e sim suas diferenças, uma vez que o "trabalho humano é consciente e proposital, ao passo que o trabalho dos outros animais é instintivo" (BRAVERMAN, 1981).

O trabalho humano portanto, se caracteriza por uma concepção prévia a uma atividade proposital de agir e modificar a natureza para um determinado fim. "... Uma aranha desempenha operações que se parecem com a de um tecelão, e a abelha envergouha muito arquiteto na construção de seu cortiço. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor das abelhas é que o arquiteto figura na mente sua construção antes de transformá-la em

realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade" (MARX, 1979).

Por processo de trabalho entende-se o processo de transformação de um determinado objeto (em estado natural ou já trabalhado) em outro objeto, um produto, realizado por uma atividade humana, através da utilização de instrumentos de trabalho. O processo de trabalho desemboca e se extingue no produto do trabalho que se constitui em um valor de uso, "um material da natureza adaptado às necessidades humanas através da mudança de forma. O trabalho está incorporado ao objeto sobre o qual atuou. Concretizou-se e a matéria está trabalhada" (MARX, 1979).

Podemos distinguir portanto, três elementos que compõem o processo de trabalho: 1) o próprio trabalho, que compreende uma atividade adequada a um determinado fim, deve ser entendido como uma atividade especificamente humana, portanto realizada pelos agentes do processo de trabalho. Este trabalho se expressa em certa quantidade de produtos, e implica necessariamente a energia humana empregada no processo de trabalho, que MARX denomina "Força de Trabalho; 2) o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o próprio trabalho e que se transformará em outro objeto, é representada por "todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural, ... fornecidos pela natureza" (MARX, 1979). "Desprender seu objeto de suas conexões naturais se apresenta, pois, como o primeiro momento deste trabalho, momento duplamente determinado pela finalidade que o trabalho escolheu e pelos instrumen-

tos que utilizará; o objeto assim desprendido, na medida em que perde sua naturalidade e se conforma ao processo em que entra, determina-se então como objeto de trabalho" (GONÇALVES, 1979);

3) Os meios e instrumentos de trabalho, são aqueles objetos ou conjunto de objetos que o trabalhador interpõe entre ele e o objeto que trabalha e que serve para canalizar sua atividade sobre este objeto. Podemos dizer que os meios de trabalho são todas as condições materiais necessárias para a realização do processo de trabalho, e que embora estas condições não participem do processo, o mesmo não pode se realizar sem os mesmos. "O que distingue as épocas econômicas umas das outras não é o que se faz, mas sim como se faz, com que instrumentos de trabalho se faz" (MARX, 1979). Assim, os meios de trabalho servem para medir o desenvolvimento da força humana de trabalho e além disso, indicam as condições sociais em que se realiza o trabalho.

Historicamente o processo de trabalho tem sofrido variações de uma formação econômica-social para outra, em função do que, como e para quem produzir. Concomitantemente a este desenvolvimento histórico do processo de trabalho evolui também a divisão técnica e social do trabalho.

Assim, o trabalho, se encarado em sua forma geral é ahistórico, ou seja, sempre se fez presente desde as sociedades mais primitivas. Porém, quando encarado em sua forma específica assume um caráter histórico e socialmente determinado, assumindo formas próprias e determinantes de um dado modo de produção. Se faz então necessário realizar um corte na história, e analisar a organização do trabalho inserida no interior do processo de produção capitalista, pois é neste momento que esta organização assume "uma unidade contraditória e indivisível de dois processos: "processo de trabalho, processo no qual as matérias pri-

mas são transformadas em objetos úteis para satisfazer necessidades sociais (ou processo de produzir "valores de uso"); e "processo de valorização" ou processo de conservar e adicionar valor às mercadorias" (VARGAS, 1979). Este corte também permitirá identificar o momento em que a divisão do trabalho assume características peculiares, modificando a organização do trabalho (e portanto a sociedade), transformando-o, moldando-o, afim de que possa responder à determinadas necessidades que se tornam hegemônicas para um dado modo de produção.

Há que se compreender portanto o caráter histórico da organização do trabalho, mais precisamente o da cooperação, para que possamos distinguir e analisar a origem da divisão do trabalho na sociedade, assunto tão polêmico e controverso para alguns autores.

Para ADAM SMITH a divisão do trabalho tem sua origem na propensão da natureza humana à troca, ou seja, "assim como por negociação, por escambo, ou por compra que conseguimos uns dos outros a maior parte dos serviços recíprocos de que necessitamos, da mesma forma é essa mesma propensão ou tendência a permutar que originalmente gera a divisão do trabalho" (SMITH, 1983). Segundo o autor, a divisão do trabalho já se faz presente desde as sociedades mais primitivas, desde que os homens começaram a produzir diferentes mercadorias para atender suas necessidades, distinguindo portanto, pessoas com "talentos diferentes".

MARGLIN afirma que "nem a hierarquia nem a divisão do trabalho nasceram com o capitalismo... A divisão técnica do trabalho, tampouco, é exclusiva do capitalismo ou da indústria moderna" (MARGLIN, 1980). Para o autor, a divisão social do trabalho e a especialização das tarefas sempre foram uma caracte-

rística de todas as sociedades, citando como exemplos a divisão do trabalho em castas na sociedade Hindú, e a produção têxtil sob o sistema corporativo.

Para BRAVERMAN (1981) a divisão do trabalho no capitalismo possui características peculiares, e portanto totalmente diferentes da distribuição de tarefas, ofícios ou especialidades da produção da sociedade. "Embora todas as sociedades conhecidas tenham dividido seu trabalho em especialidades produtivas, nenhuma sociedade antes do capitalismo subdividiu sistematicamente o trabalho de cada especialidade produtiva em operações limitadas. Esta forma de divisão do trabalho torna-se generalizada apenas com o capitalismo".

Segundo MARX, a divisão do trabalho característica de todas as sociedades (divisão de tarefas, ofícios ou especialidades produtivas) se constitui na divisão social do trabalho, que é uma característica inerente de todo trabalho humano assim que ele se converte em trabalho social, ou seja, realizado na sociedade e através dela (MARX, 1979). Portanto a divisão social do trabalho (ou geral segundo determinados autores) divide a sociedade entre ocupações segundo suas necessidades produtivas.

Nas sociedades primitivas e modos de produção anteriores ao Modo de Produção Capitalista, cada trabalhador executava independentemente todas as operações de seu processo de trabalho, o que caracterizava cada mercadoria como um produto individual. Somente com o Modo de Produção Capitalista, iniciando com a cooperação simples na manufatura e posteriormente com a divisão técnica do trabalho nas grandes indústrias, é que a mercadoria deixa de ser um produto individual para assumir o caráter de produto social de uma coletividade, onde cada operário especializado executa uma operação parcial distinta.

O trabalho coletivo se torna assim, uma característica fundamental da divisão do trabalho no Modo de Produção Capitalista, na medida em que os trabalhadores de diversos ofícios independentes (como os sapateiros, tecelões, etc.), que antes desenvolviam a elaboração de um produto em toda a sua extensão, passam agora a realizar apenas uma parcela do trabalho necessária para a elaboração de uma dada mercadoria. Ocorre assim, a chamada "cooperação de trabalhadores afins", atomizando seu ofício individual nas diversas operações que o integram, isolando-se e fazendo-os independentes até o instante em que cada uma destas operações se converta em função exclusiva e específica de um operário. "Em vez de fazer que um mesmo operário execute, uma após outra, todas as operações, estas se separam, se isolam no espaço, confiando-se cada uma delas a um trabalhador distinto, para que todos, em regime de cooperação, fabriquem a mercadoria desejada... De produto individual de um artesão independente, que o faz todo, a mercadoria se converte em produto social de uma coletividade de artesões, especializado cada um deles em uma operação parcial distinta" (MARX, 1979). Portanto, nenhum trabalhador produz um produto final, pois o que converte em produto final é o produto comum (coletivo) de todos os trabalhadores.

Somente sob o Modo de Produção Capitalista fez-se necessária a organização de outro tipo de divisão de trabalho, onde o processo de trabalho é dissociado ou parcelado em seus elementos mais simples e executados por diferentes trabalhadores, caracterizando com isto a divisão técnica do trabalho na indústria. Esta nova forma de organização do trabalho destruiu as antigas ocupações com a criação do trabalho parcelado. Concor damos pois com BRAVERMAN (1981) ao afirmar que: "A divisão do

trabalho na sociedade é característica de todas as sociedades conhecidas; a divisão do trabalho na oficina é produto peculiar da sociedade capitalista. A divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção; a divisão pormenorizada do trabalho destrói ocupações consideradas neste sentido, e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção. ... Enquanto a divisão social do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem, e enquanto a subdivisão da sociedade pode fortalecer o indivíduo e a espécie, a subdivisão do indivíduo, quando efetuada com menosprezo das capacidades e necessidades humanas, é um crime contra as pessoas e contra a humanidade".

Com a introdução da maquinaria o processo de trabalho torna-se relativamente independente da força de trabalho e da perícia individual de cada operário, na medida em que o caráter e o ritmo deste processo passam a ser determinados pelo mecanismo da máquina (e portanto pelo capital), e o operário converte-se num simples apêndice desta, ao mesmo tempo em que é expropriado do significado e conteúdo de seu trabalho.

O princípio da divisão do trabalho instituído pelo modo de produção capitalista traz consigo importantes conseqüências tanto para os capitalistas como para os operários, conforme descreveremos a seguir.

1. Perda do controle do processo produtivo — Lentamente, os operários vão perdendo a capacidade de produzirem outra coisa que não sejam produtos de pormenor, e sua profissão anteriormente caracterizada como "multilateral" se transforma numa operação unilateral, mecânica e monótona, por perda de seu conteúdo.

2. Perda do controle sobre as relações entre as operações parcelares — Como os operários se limitam apenas a executar simples manipulações mecânicas, suas capacidades intelectuais deixam de ser utilizadas e não se desenvolvem, o que faz com que percam o controle sobre as relações entre as operações parcelares. O conhecimento, a percepção do conjunto e o planejamento do processo de trabalho deixam de ser necessários para as operações parcelares, só contribuindo para o processo de conjunto.

Desta forma, a parte intelectual do trabalho — idéia, concepção, projeto e planejamento — não mais pertencem aos operários parcelares, e sim ao capitalista e seus representantes, criando-se com isto uma nova divisão do trabalho entre os trabalhadores manuais e os trabalhadores intelectuais.

3. Necessidade de coordenação entre as diversas operações parcelares — Uma vez dividido o processo de trabalho em várias etapas e executado por diferentes operários, é de fundamental importância que se crie uma nova operação, que é a de coordenação deste processo.

Esta operação obrigatoriamente será executada em nome e proveito do capitalista, tanto por ele como por pessoas especialmente contratadas para tal fim, como os administradores, gerentes, gestores, capatazes, encarregados, etc.

4. Criação de mais-valia relativa — Para o capitalista a principal vantagem da divisão do trabalho é o aumento da produtividade do trabalho pela diminuição do tempo necessário para a produção de uma mercadoria, dado que os trabalhadores manuais individuais passam a ser operários parcelares mais eficientes.

5. Organização hierárquica do trabalho — Com a divisão do trabalho na sociedade capitalista, os trabalhadores além de

perderem a propriedade dos meios de produção, perdem também o controle sobre o funcionamento destes meios, que passam para as mãos dos administradores, gerentes, gestores, capatazes, etc., caracterizando com isto a organização e o desenvolvimento do processo de trabalho sob uma forma hierárquica de trabalho. Esta forma de organização do trabalho possui uma função política que consiste em perpetuar a dependência dos operários, sua subordinação, sua separação dos meios e do processo de produção. "A função da hierarquia..., em última análise, é subtrair ao controle operário as condições e a modalidades do funcionamento das máquinas, tornando a função de controle uma função separada. Somente desse modo, os meios e o processo de produção podem apresentar-se como potência estranha, tornada autônoma, exigindo submissão dos trabalhadores" (GORZ, 1980). As relações de trabalho que se estabelecem são do tipo vertical, isto é, trabalhadores e chefias imediatas, caracterizando-se o novo processo pela hierarquia, autoritarismo, objetividade e impessoalidade. Para o capitalista, a organização hierárquica do trabalho é imprescindível para que ocorra uma produtividade mais elevada, ou seja, uma melhor eficácia técnica.

Assim, uma vez dividido o processo de trabalho em várias etapas elementares, e sendo o mesmo executado por diferentes tipos de trabalhadores, surgiu a necessidade de se criar uma nova operação, ou melhor, uma nova divisão de trabalho que se concretizou no surgimento da "figura do coordenador" deste processo.

Esta nova figura seria agora o responsável pela elaboração do conhecimento, planejamento a supervisão do processo de trabalho, caracterizando com isto uma reorganização do trabalho no seio das relações capitalistas de produção — "a gerência".

Como bem demonstraram BRAVERMAN (1981), CORIAT (1976) e VARGAS (1979), a organização do trabalho passou por várias etapas até chegar na fase de "gerência científica" introduzida por Taylor em fins do século passado, na medida em que se tornou necessária a eliminação de traços pertencentes ao modo de produção anterior, bem como a adequação do trabalho às novas e fundamentais necessidades de acumulação de capital.

Historicamente, a gerência do trabalho (mesmo que de forma rudimentar) teve início quando um número significativo de trabalhadores foram empregados por um único capitalista, visto que o próprio exercício do trabalho cooperativo e a união de diferentes tipos de trabalho trouxeram consigo a necessidade de organização e coordenação do processo de trabalho.

Desta forma, a função primeira da "gerência capitalista primitiva ou rudimentar" foi a de reorganização do trabalho através de sua centralização, estabelecimento de horários de trabalho e de seu controle, embora de forma não sistemática.

BRAVERMAN (1981) chama a atenção para as formas rígidas e despóticas que assumem a gerência primitiva já no período manufatureiro, "visto que a criação de uma força de trabalho livre exigia métodos coercitivos para habituar os empregados às suas tarefas e mantê-los trabalhando durante dias e anos".

Esta forma de gerência para MARX é necessariamente despótica pela necessidade de responder à três elementos básicos:

1. O processo de trabalho é antes de mais nada um processo de exploração do trabalho — À medida que o processo de trabalho passa a servir exclusivamente ao capitalista ocorre um aumento de resistência por parte dos trabalhadores, sendo então necessária a utilização de pressão como forma de vencer esta

resistência e estabelecer uma determinada disciplina.

2. Com a diversificação das ferramentas o trabalhador é despojado de seu ofício, e conseqüentemente da capacidade de diminuir o ritmo de seu trabalho, uma vez que a criação de ferramentas e máquinas mais complexas faz com que o mesmo execute cada vez mais apenas uma operação simples. Assim, os meios de produção atuam frente ao trabalhador como propriedade alheia, se acentuando então a necessidade de um maior controle que permita a verificação do emprego correto destes meios.

3. Resolução da contradição entre a necessidade de manter um caráter cooperativo e manutenção de um encadeamento lógico por parte dos trabalhadores no processo de trabalho. Esta contradição só será resolvida mediante o autoritarismo, na medida em que os trabalhadores já não possuem o domínio sobre a organização do trabalho, e sim o capital.

Neste primeiro momento portanto, os capitalistas estavam buscando uma teoria e prática de gerência, uma vez que ao criarem novas relações sociais de produção, e conseqüentemente transformarem o modo de produção, defrontaram-se com novos problemas administrativos que se diferenciavam não apenas em escopo como também em tipo, em relação às características dos processos de produção anterior.

Esta nova teoria e prática de gerência — a gerência científica — só se tornou exequível a partir de Taylor em fins do século XIX e início deste século nos Estados Unidos, em resposta às mudanças ocorridas na produção, que se caracterizaram por: fase monopolista do capitalismo, aumento substancial das empresas, fusão do capital bancário ao capital industrial, aplicação sistemática e intencional da ciência à produção e o surgimento dos Estados Unidos como potência mundial.

Outro fator importante para a implantação da gerência científica neste país, diz respeito à incorporação dos trabalhadores na indústria, que não se deu de forma passiva. "A imigração sindicalizada e politizada, conjuntamente com a mão-de-obra qualificada, empreenderam um combate político importante que bloqueavam as condições de valorização e reprodução do capital no fim do século XIX. Paralelamente, a mesma imigração trazia uma massa de trabalhadores provenientes do campo que não possuía qualquer habilitação para trabalhar na indústria. O taylorismo e posteriormente o fordismo adaptaram o processo de trabalho tentando vencer o antagonismo operário" (VARGAS, 1979).

No nosso entender, Taylor pode ser considerado como o "grande precursor" da gerência científica, uma vez que foi capaz de identificar os "principais obstáculos" (no seu parecer) que interferiam na produção, e a partir dos mesmos tentar eliminá-los, para então reorganizar o processo de trabalho imprimindo-lhe novas formas de controle.

VARGAS (1979) aponta os principais fatores que condicionaram o pensamento de Taylor e que lhe permitiram fornecer à administração da produção meios para submeter os operários aos novos métodos e ritmos de trabalho:

1. a origem de classe e a sólida formação profissional deram-lhe uma nova visão do problema do controle do trabalho;
2. os métodos de supervisão adotavam uma forma de coerção com base na capacidade e tenacidade do capataz, deste modo, de discutível eficiência "devido à atitude cruel que era forçado a manter com todos que o rodeavam";
3. os incentivos (persuasão), por outro lado, não tinham o efeito desejado pois a administração não possuía o domínio da-

quela pequena parte do conhecimento que ainda restava ao operário, mas que era fundamental na determinação do ritmo de trabalho;

4. deveria haver uma nova maneira de estruturar a gerência do trabalho para fazer frente à ação organizada dos operários, pois "há poucos chefes ou capatazes que podem resistir à pressão conjunta de todos os homens duma oficina";

5. e, como consequência, alguns traços remanescentes das corporações de ofício deveriam ser eliminados".

Taylor percebeu também claramente, que o controle sobre os operários não poderia ser exercido apenas em questões gerais de ordem e disciplina, permitindo que os mesmos possuíssem o domínio sobre o conhecimento do processo de trabalho. Reverteu então esta situação, ao colocar nas mãos da gerência o controle real do processo de trabalho, pela fixação e controle de cada fase do processo produtivo.

Assim, em seus "Princípios de Administração Científica", Taylor conseguiu sistematizar o trabalho imprimindo-lhe uma nova organização dita "científica" através da ordenação, hierarquização e disposição das práticas de trabalho, que analisaremos a seguir:

— 1º Princípio: Separação entre concepção e execução —
apesar do trabalho operário já ser parcelado e haver uma separação entre concepção e execução, Taylor identificou como principal problema de controle o desconhecimento da administração empresarial de como realizar o trabalho, visto que ainda restava ao trabalhador o comando do ritmo de trabalho e conhecimento de frações do ofício. Compreendeu que o processo de trabalho deveria ser independente do ofício, tradição e conhecimento do

trabalhador, e entregue totalmente às políticas gerenciais. Para tal, decompôs o processo de trabalho em seus mínimos elementos, classificando-os, tabulando-os e reduzindo-os a normas, leis ou formas, possibilitando com isto que a gerência passasse a ter todo o controle da organização do trabalho.

— 2º Princípio: Seleção e treinamentos científicos — uma vez que o trabalho foi decomposto em seus elementos mais simples e dominado pela gerência, a seleção e treinamento dos trabalhadores se torna uma tarefa mais fácil, na medida em que o interesse se volta agora apenas para as habilidades pessoais específicas para o atendimento das necessidades produtivas.

— 3º Princípio: Programação e controle de cada operação e de cada operário — neste princípio, Taylor propôs a reformulação do papel da programação e controle do trabalho, através do pré-planejamento e pré-cálculo de todos os elementos do processo produtivo sob a responsabilidade de uma equipe especial da gerência, criada especialmente para tal fim. Com isto, o controle geral sobre o processo de trabalho, bem como a compreensão de seu funcionamento passam a pertencer à gerência, alinhando totalmente o trabalhador do conhecimento sobre o que faz.

Taylor conseguiu então, através destes princípios, viabilizar a prática da gerência científica e elevar o conceito de controle a um plano inteiramente novo na medida em que impôs ao trabalhador uma maneira rigorosa de execução do trabalho, através do controle das decisões tomadas no curso deste trabalho.

Seu papel, segundo BRAVERMAN (1981), "era tornar consciente e sistemática a tendência antigamente inconsciente da produção capitalista. Era para garantir que à medida que os ofícios declinassem, o trabalhador mergulhasse ao nível da força de

trabalho geral e indiferenciado, adaptável a uma vasta gama de tarefas elementares, e à medida que a ciência progredisse, estivesse concentrada nas mãos da gerência".

Segundo CORIAT (1976), os princípios utilizados por Taylor se constituem em um "sistema aberto", uma vez que permite a introdução de novos elementos que se ordenados e combinados poderão transformar-se e desenvolver-se, conservando porém como sistema, suas características constantes. Isto é fundamental para entendermos que as novas escolas de administração científicas surgidas após o "taylorismo" (principalmente as de Relações Humanas), não representam a superação do modelo proposto por Taylor na medida em que mantêm inalterados seus princípios básicos de controle imprescindíveis a qualquer indústria e/ou instituição na sociedade capitalista. Estas novas escolas apenas representam uma readaptação às mudanças econômico-sociais, produzindo uma "falsa imagem" de modificação nas relações de trabalho, imprimindo-lhe um novo caráter de relações abertas, participativas e humanas entre os trabalhadores, fazendo com que os mesmos não se sintam tão explorados e despojados do controle sobre o trabalho que executam.

CAPÍTULO II

O PROCESSO DE TRABALHO NA ENFERMAGEM

O processo de trabalho em saúde comporta inúmeras atividades desenvolvidas por diferentes agentes com qualificação e formação também diferenciadas, que vão desde a formação de nível superior (médicos, odontólogos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos-bioquímicos, psicólogos, assistentes sociais), passando pelo nível médio (técnicos de RX, técnicos de laboratórios, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, etc.) e desembocando no nível elementar (atendentes de enfermagem, agentes de saúde, agentes operacionais, etc.). As atividades por eles desenvolvidas, variam de acordo com o local em que as mesmas são realizadas (serviços de RX, ambulatórios, unidades de internação, postos de saúde, etc.), e as relações de trabalho também se diferenciam, particularmente em relação à subordinação de determinados agentes a um dado profissional; mas todas estas atividades buscam o alcance do objeto de trabalho na área de saúde, que consideramos como o cuidado ao paciente com vistas à promoção e/ou recuperação de sua saúde.

A prática da enfermagem, ou seja, o seu trabalho, como uma das atividades desenvolvidas no processo de trabalho em saúde se constitui em uma atividade "sui generis", uma vez que a sua realização depende da atuação de várias categorias de pessoas com formação em vários níveis de escolaridade, funções bem definidas (pelo menos ao nível teórico), e obedecendo à uma rigorosa hierarquia profissional. De um lado temos a enfermeira que domina o "saber", detém a posse do conhecimento, o que lhe garante uma posição de destaque na equipe de enfermagem. Do outro lado temos os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem que executam o "fazer", possuindo determinado saber técnico, o que os coloca em posição de subordinação ao enfermeiro.

Os elementos responsáveis pela prática de enfermagem — equipe de enfermagem — sua formação básica e suas funções de acordo com as normas regulamentadoras do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que é o órgão normativo do exercício do pessoal de enfermagem no país, são:

1. Enfermeiro: formação de nível superior, com curso de duração média de quatro anos. É o chefe da equipe de enfermagem, o responsável por todos os outros membros desta equipe, possuindo como funções: "O planejamento, a programação, a execução e a avaliação das ações de Enfermagem, inclusive a pesquisa e a docência em nível superior através de estudos complementares de pós-graduação. Ao enfermeiro obstetra ou obstetriz incumbe ainda a assistência ao parto e à parturiente".

2. Técnico de Enfermagem: formação profissionalizante de segundo grau, tendo como função básica a de "assistir ao enfermeiro no planejamento, programação e prestação de cuidados integrais de enfermagem".

3. Auxiliar de Enfermagem: preparado em cursos regulares ou supletivos em níveis de primeiro ou segundo grau, possuindo como competências: "observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas de enfermidade, bem como prestar cuidados de higiene, conforto e tratamento simples, além de auxiliar o enfermeiro e o técnico de enfermagem na prestação da assistência de Enfermagem".

4. Atendente de Enfermagem: não são preparados pelo sistema de ensino, recebem alguma forma de treinamento em serviço nas várias instituições de saúde, onde executam tarefas simples de enfermagem, tais como: auxiliar o doente na alimentação, arrumar e manter em ordem o ambiente de trabalho, lavar e preparar o material para esterilização, atender chamadas de campanha do quarto dos doentes, etc. (COFEN, 1980).

Além destes quatro elementos formais da equipe da enfermagem, temos também as Visitadoras Sanitárias, Agentes de Enfermagem de Saúde Pública e Agentes de Saúde nos serviços de Saúde Pública ligados às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais e Fundação SESP, que como os atendentes de enfermagem não são formalmente preparados pelo sistema nacional de ensino, recebendo apenas treinamento específico em serviço para aprenderem a executar suas atividades.

É importante ressaltar que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) define como profissionais somente os enfermeiros, ao passo que os técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como as parteiras são definidos como ocupacionais. A categoria dos atendentes da enfermagem que representam 70% da força de trabalho da enfermagem no país, não estão sujeitos à fiscalização de seu exercício por parte do COFEN desde 1978, por ordem do Ministério do Trabalho.

Percebe-se com isto, que o trabalho da enfermagem pressupõe um trabalho em equipe com uma divisão técnica do trabalho, onde cada categoria possui funções definidas e executam uma parcela deste trabalho, cabendo à enfermeira (o profissional da equipe) a função de administrar, supervisionar e disciplinar o trabalho. Melhor dizendo, cabe ao enfermeiro o monopólio do conhecimento de todo o processo de trabalho da enfermagem, e o controle do trabalho dos elementos auxiliares de sua equipe, isto é, a gerência deste trabalho.

Para que possamos compreender a divisão do trabalho na enfermagem e a função de gerência que a enfermeira desenvolve, passaremos a analisar o processo de trabalho da enfermagem, numa tentativa de busca de algumas respostas que nos permitam apreender as contradições e as lutas que se travam no interior da equipe de enfermagem, bem como a crescente crise pela qual a enfermagem, em geral, a enfermeira em particular, atualmente passam nas instituições de saúde brasileira.

O trabalho que a enfermagem desenvolve se processa no interior das instituições de saúde, sejam elas públicas ou privadas, e o produto destas instituições não se constituem em bens materiais, mas sim em serviço. Segundo MARX, "um serviço é nada mais que o efeito útil de um valor de uso, seja ele mercadoria ou trabalho" (1979).

Como já dissemos anteriormente, o trabalho da enfermagem é realizado em equipe e portanto parcelado em tarefas, procedimentos e responsabilidades diferentes, realizado também por pessoas com formações e funções diferenciadas. Para que isto fique mais claro, suponhamos uma jornada de trabalho em uma unidade de internação de um hospital, onde a equipe de enfermagem é composta pela enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliar de en-

fermagem e atendente de enfermagem, que vão prestar os cuidados de enfermagem necessários para os pacientes ali internados.

No primeiro momento, a enfermeira recebe o plantão da enfermeira que a antecedeu na jornada de trabalho anterior, na maioria das vezes na presença de toda a equipe de enfermagem. Logo após, divide todos os cuidados de enfermagem a serem executados entre os elementos de sua equipe de trabalho, obedecendo^a um critério de complexidade de atendimento das atividades de acordo com o grau de formação de sua equipe (atendentes, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem); ou simplesmente distribuindo um número X de pacientes à cada elemento da equipe, onde esta pessoa prestará todos os cuidados necessários ao paciente.

No primeiro caso, onde as tarefas são distribuídas de acordo com o grau de complexidade de atendimento e formação do pessoal de enfermagem, o trabalho se organiza da seguinte maneira: aos atendentes de enfermagem cabem as tarefas de higiene e conforto (banhos de leito, higiene dos pacientes, arrumação de camas, etc.), transporte de pacientes, limpeza de materiais e instrumentais utilizados nas atividades de enfermagem. Aos auxiliares de enfermagem ficam destinadas as atividades da verificação de sinais vitais, administração de medicamentos, curativos, preparo dos pacientes para exames diagnósticos-terapêutico e/ou cirurgias. Aos técnicos de enfermagem cabem as atividades mais complexas, ou que exijam maior cuidado em relação ao quadro que o paciente apresenta, entre os quais relacionamentos: curativos maiores, oxigenioterapia, instalação e verificação de PVC (Pressão Venosa Central), etc.

No segundo caso, onde cada elemento da equipe de enfermagem recebe um número X de pacientes, os mesmos prestarão todos

os cuidados de enfermagem necessários independentes de sua formação. Ou seja, cada paciente será atendido durante toda a jornada de trabalho somente por um indivíduo, onde o mesmo desenvolverá todas as atividades, tais como: higiene e conforto, administração de medicamentos, preparo para exames diagnósticos-terapêuticos e cirurgias, etc., sejam elas executadas pelo atendente, auxiliar ou técnico de enfermagem.

Em ambos os casos, às enfermeiras compete a atividade de planejamento e administração da assistência de enfermagem e da unidade de internação, para o qual executa, entre outras atividades: prescrição dos cuidados de enfermagem, visita aos pacientes para verificação de seu estado e/ou necessidades e supervisão dos cuidados prestados por seus auxiliares, verificação do cumprimento da prescrição médica, supervisão e controle de todas as atividades desenvolvidas na unidade de internação, prestação de algum cuidado de enfermagem mais complexo ou em paciente com um quadro clínico "mais delicado", etc.

Ao final da jornada de trabalho a enfermeira reúne todas as informações necessárias em relação aos pacientes e à unidade de internação, elaborando ou não um relatório, realiza anotações nos prontuários médicos e passa o plantão para a enfermeira da jornada de trabalho subsequente.

Analisando esta jornada de trabalho da equipe de enfermagem alguns pontos podem ser levantados e discutidos.

O primeiro deles é a separação entre concepção e execução do trabalho, uma vez que somente a enfermeira é capaz de dominar todo o andamento da unidade e que conhece a essência do trabalho da enfermagem. Assim entre os agentes da enfermagem, como é ela que domina o conhecimento do que se passa com cada paciente,

somente ela é que tem capacidade para elaborar o plano assistencial de enfermagem que deverá ser executado parceladamente por cada elemento da equipe de enfermagem, ou seja, o processo de trabalho será dissociado, separado em seus múltiplos elementos, e cada elemento da equipe de enfermagem só consegue dominar aquela parte do processo de trabalho que lhe cabe executar, ocorrendo assim a alienação destes indivíduos pelo trabalho. Ocorre assim no trabalho uma unidade de concepção e execução, que "nos seres humanos, diferentemente dos animais, não é inviolável a unidade entre a força motivadora do trabalho e o trabalho em si mesmo. A unidade de concepção e execução pode ser dissolvida. A concepção pode ainda continuar e governar a execução, mas a idéia concebida por uma pessoa pode ser executada por outra. A força diretora do trabalho continua sendo a consciência humana, mas a unidade entre as duas pode ser rompida no indivíduo e restaurada no grupo..." (BRAVERMAN, 1981).

Esta separação entre concepção e execução do trabalho faz com que os elementos auxiliares da enfermeira percam o conteúdo do seu trabalho, ou seja, não conseguem entender e controlar o próprio processo de trabalho, e lentamente suas atividades se transformam em operações unilaterais, mecânicas e monótonas, o que explica em grande parte a rotina do trabalho e a queda de qualidade da assistência prestada, pela incapacidade de se compreender e identificar a importância que sua atividade parcelar tem no conjunto do processo de trabalho da enfermagem.

Como eles deixam de utilizar suas capacidades intelectuais, uma vez que se limitam a executar de maneira mecânica somente uma parcela do trabalho, não conseguem perceber e conhecer o conjunto do processo de trabalho, e o planejamento do mesmo portanto, passa a ser desnecessário para suas atividades parcela-

res. A parte intelectual do trabalho — idéia, concepção e planejamento — só se torna necessária para a enfermeira, que é quem domina e conhece todas as fases e atividades necessárias para a realização do processo de trabalho — a assistência de enfermagem.

Outro ponto a ser levantado é a necessidade de coordenação entre as diversas atividades parcelares do processo de trabalho da enfermagem e a organização hierárquica do mesmo. Conforme analisamos anteriormente, na medida em que o processo de trabalho é dividido em várias etapas e executadas por diferentes elementos da enfermagem, a enfermeira assume a operação de coordenação deste processo, ou seja, assume a função de gerente da assistência de enfermagem, com o objetivo de controlar todas as fases do processo de trabalho a fim de garantir que o mesmo seja realizado com uma certa qualidade técnica. "Todas as categorias que trabalham na enfermagem, no Brasil, são assalariados, vendem sua força de trabalho ao empresário hospitalar, ou ao Estado, através do administrador hospitalar, ou do administrador de unidades de saúde. A enfermeira, apesar de ser assalariada e não participar dos lucros da empresa, toma a posição de gerente da assistência de enfermagem e, até certo ponto, da organização institucional, que é o que a instituição espera dela, pois precisa de alguém que conheça a essência do trabalho de enfermagem e não para executá-lo, ... mas para controlar e gerenciar aqueles que vão executá-lo" (PUNTEL, 1984).

É interessante observar que todas estas questões inerentes à divisão social e técnica que o processo de trabalho assume no capitalismo — separação entre concepção e execução, parcelamento das atividades, perda do controle dos trabalhadores do conteúdo de seu trabalho e necessidade de alguém que coordene as

diversas operações parcelares — não são compreendidos, e muitas vezes são até negados pela grande maioria das enfermeiras, como um aspecto das relações sociais que se estabelecem num dado processo de produção, mas pelo contrário, são escamoteados como um "processo natural" que ocorre em qualquer trabalho realizado em equipe. Senão vejamos, como é definido o trabalho de enfermagem em equipe e o papel da enfermeira em relação aos demais membros desta equipe.

"Um grupo é realmente uma equipe quando todos os elementos coparticipam de todo o trabalho, porque o conhecem bem, dominam suas fases, reconhecem suas posições pessoais, possuem motivação suficiente, estão preparados para atuar de forma segura, coordenada e contínua, sabem que são importantes e serão ouvidos e respeitados, sabem onde devem chegar. A filosofia do trabalho em equipe é a união de todos para um fim comum". A heterogeneidade na equipe é por nós fator de economia, permissível sob o ponto de vista ético desde que os pacientes estejam suficientemente protegidos. ... Nas equipes heterogêneas recai sobre as enfermeiras a responsabilidade na orientação, treinamento, coordenação, controle e motivação de vários componentes. Forçosamente ela tem que ser uma educadora, um modelo de conduta, uma pessoa que saiba comunicar" (RIBEIRO, 1973).

Esta visão distorce o caráter do trabalho coletivo, uma vez que aceita que todos os elementos de uma equipe de trabalho conhecem, ou dominam todas as fases do processo de trabalho, e para que este trabalho produza o efeito desejado é de suma importância que haja um bom relacionamento entre as pessoas para o alcance de um ¹⁰⁰objeto comum, que no caso é o "bem estar do paciente", ou seja, a promoção e/ou recuperação de sua saúde. A enfermeira aparece aqui como uma educadora, ou seja, deve possuir uma conduta de tal forma

harmoniosa, que lhe permita coordenar o trabalho de uma forma amistosa, onde as pessoas devem participar de todas as discussões e resoluções dos problemas, o que imprime um caráter de "trabalho participativo e democrático", escamoteando assim todas as contradições, inerentes ao trabalho coletivo. É uma visão baseada na "Teoria das Relações Humanas", por isto mesmo analisada sob o ponto de vista funcionalista da divisão do trabalho, onde os problemas encontrados são encarados como sendo de ordem técnica ou administrativa, e a intervenção (no caso a da enfermeira) é vista como neutra no sentido de coordenar o trabalho da enfermagem de forma que o mesmo seja realizada sem problemas, num espírito de união e colaboração para o bem estar das pessoas que recebem os cuidados de enfermagem.

De acordo com TIBIRIÇÁ (1974), "a estrutura hospitalar é do tipo funcional idealizado por Frederick W. Taylor, onde cada especialista tem autoridade sobre os executores nos assuntos de sua especialização. ... Modernamente, entende-se o comando funcional de Frederick Taylor como trabalho de equipe onde várias pessoas reúnem seus conhecimentos, suas experiências e suas habilidades para realizar trabalhos visando a objetivos comuns".

Segundo a autora, num trabalho em equipe como é o da enfermagem, uma das técnicas administrativas mais utilizadas pela enfermeira é a delegação de atribuições. "A Enfermeira, como todo ser humano, tem limites de capacidade física, de espaço, de tempo e de conhecimentos que obrigam a delegar parte de sua atribuição específica no processo de atenção de enfermagem atuando como membro da equipe de saúde e como líder da equipe de enfermagem... Delegar é o direito de um superior, no caso a Enfermeira transferir ao seu grupo de trabalho, hierarquicamente inferior, certas atribuições, certa responsabilidade e certa auto-

ridade". Coloca ainda como vantagens da delegação de atribuições as seguintes características: possibilidade de realização de trabalhos em tempo ótimo, maior aproveitamento dos mais capazes, desenvolvimento profissional do grupo, possibilidade dos ocupantes de cargos de chefia de mais tempo para o planejamento dos trabalhos e avaliação dos objetivos e estímulo para os componentes do grupo na execução de trabalhos que envolvam conhecimentos mais especializados. "O êxito dos trabalhos e a satisfação do grupo são assegurados quando se delegam atribuições de acordo com as capacidades físicas, intelectuais, técnicas, interesses e aptidões daqueles que vão executá-los" (TIBIRIÇÁ, 1974). Ora, a autora, ao colocar que a enfermeira tem necessidade de delegar funções entra em contradição com o processo histórico da evolução da enfermagem, uma vez que a enfermeira nunca desenvolveu todas as atividades do processo de trabalho da enfermagem, e sim que desde o surgimento da enfermagem moderna ela já teve como atividade fundamental a gerência deste processo, e que as atividades manuais já foram estabelecidas para serem realizadas pelos seus elementos auxiliares. Portanto, a justificativa imperiosa da necessidade de delegar funções a um grupo hierarquicamente inferior para que a enfermeira disponha de mais tempo para o planejamento e coordenação da assistência de enfermagem, significava uma não aceitação ou simplesmente a falta de percepção do papel da mesma e uma escamoteação de sua verdadeira função — gerente da assistência — no sentido de imprimir ao seu trabalho um aspecto mais humanitário e que esconda a essência deste trabalho. Assim, até se aceita como um princípio, que a enfermeira é um elemento superior em relação aos elementos auxiliares da enfermagem pela sua formação profissional, mas se nega que a necessidade de sua formação profissional universitária se dê em

função da atividade que a mesma deva desenvolver dentro da equipe de saúde e da equipe de enfermagem.

Esta denominação de líder, educadora e coordenadora da equipe traz em seu bojo questões puramente de ordem ideológica, que ao mesmo tempo em que coloca a enfermeira em uma posição hierarquicamente superior, tenta escamotear o verdadeiro sentido de sua função que é o de gerente da assistência de enfermagem. Função esta, que como vimos anteriormente, se torna necessária com o avanço e desenvolvimento do Modo de Produção Capitalista. Por outro lado, também esconde as lutas que se travam no interior da equipe de enfermagem, uma vez que acredita que o trabalho seja desenvolvido de forma humanitária e que os problemas existentes serão solucionados através do diálogo e de uma relação harmoniosa, que denominam "espírito de equipe".

Também quando se fala que a enfermeira é uma líder, e que portanto possui uma posição de comando em relação aos agentes auxiliares da enfermagem, está implícito nesta conceituação (no discurso das enfermeiras) a questão da autonomia profissional da agente de posição de destaque na equipe — a enfermeira. Esta autonomia profissional é uma questão relativa, uma vez que a enfermeira como gerente da assistência de enfermagem, ou seja, gerente de um trabalho coletivo, já tem pré-estabelecidas as suas funções no interior do processo de trabalho da enfermagem. Conforme falamos anteriormente, a divisão técnica do trabalho pressupõe a criação de uma operação no processo de trabalho, que é a de gerência deste processo, cabendo a estes trabalhadores as atividades de supervisão, coordenação e controle de partes ou totalidade do processo produtivo. Os trabalhadores que assumem esta função (no caso a enfermeira), são os representantes do capital junto ao trabalho, desempenhando suas atividades sob a ori-

entação de quem eles representam, e submetendo-se logicamente às decisões tomadas no âmbito do capital. Pode-se então dizer que estes trabalhadores estão a serviço dos proprietários do capital e não, para atender a organização do trabalho sob a ótica das pessoas envolvidas diretamente no processo de trabalho (VOLPATO, 1984). Assim, a enfermeira "é contratada não para prestar uma assistência, ... mas, para realizar o que os empregadores determinam. ... Ela entra na composição da estrutura ocupacional, na medida exata para exercer tão somente o controle da execução dos atos prescritos, função essa que eufimisticamente insistimos em chamar de supervisão" (SANTOS & VIEIRA, 1979).

Estas questões acima analisadas, são ao meu ver, as principais características de como o processo de trabalho da enfermagem moderna se apresenta hoje no país. Para que possamos dar conta de sua organização e conseqüente divisão do trabalho, é fundamental retrocedermos na história e analisarmos o surgimento da enfermagem moderna na Inglaterra e no Brasil, afim de conseguirmos entender a crise do trabalho da enfermagem em geral, e da enfermeira em particular, que hoje enfrentamos no país.

CAPÍTULO III

O SURGIMENTO DA ENFERMAGEM MODERNA

Ao se considerar o surgimento da chamada "Enfermagem Moderna" na Inglaterra em meados do século XIX, necessário se faz proceder é uma análise que procure entender a prática da enfermagem como uma prática histórica. Isto quer dizer que consideraremos o trabalho da enfermagem como um trabalho socialmente determinado, que se transforma e que em certa medida reflete as mudanças ocorridas no modo de produção ao qual está inserido.

Ao tentarmos proceder a este tipo de análise, deixaremos de considerar o surgimento e o desenvolvimento da enfermagem moderna como uma mera decorrência do desenvolvimento técnico-científico da época, que pressupõe uma neutralidade da profissão em relação ao mesmo, escamoteando seus conflitos e contradições. Pretendemos analisá-la de forma objetiva, inserida em seu contexto histórico-social, buscando "estudar as suas variações (o tipo de atividades executadas no desempenho da enfermagem), as diferentes concepções do objeto dessa prática e a finalidade (objetivo) a que visa, como também as transforma-

ções experimentadas nos meios de trabalho" (PUNTEL et alii, 1981).

A análise do surgimento da enfermagem moderna, ou seja, da enfermagem organizada como profissão socialmente reconhecida e legitimada se dá na Inglaterra em 1860, e a partir daí vai se organizando e se concretizando em outros países através da difusão do "Sistema Nightingale", que analisaremos mais adiante.

Esta forma de organização e profissionalização da enfermagem e sua conseqüente divisão do trabalho, tem como palco a Inglaterra, não por acaso, e sim por que naquele país e naquela época estava em pleno desenvolvimento do capitalismo que pressupunha uma organização e/ou reorganização das instituições (entre elas a da saúde) sob uma nova ótica e disciplina necessárias para o pleno desenvolvimento do mesmo.

Podemos assim dizer que as mudanças ocorridas no interior das práticas de saúde, particularmente na profissionalização da enfermagem, refletem mais as mudanças que se processaram na sociedade em geral, tanto no que diz respeito à reorganização desta sociedade, quanto à necessidade da organização do setor saúde para o atendimento de "novas ordens" que se tornaram hegemônicas, e que passaram a adquirir fundamental importância para o Estado.

Com relação à disciplina, vale a pena ressaltar que a mesma teve papel importante na organização da prática de enfermagem, uma vez que esta se organizou e se estruturou no ambiente hospitalar, e neste espaço também se instalaram as mesmas normas de disciplina implantadas nas oficinas de trabalho e mais tarde nas fábricas, tendo por objeto a racionalização do trabalho necessária à um dos maiores objetivos do capital.

A Inglaterra a partir de meados do século XVIII estava em

plena fase de transformação econômica-social, oriunda da Revolução Industrial e conseqüentemente da estruturação do capitalismo. Estas transformações trouxeram em seu bojo modificações significativas na vida de sua população, tanto no que diz respeito às suas condições sociais, quanto às suas condições de saúde, apesar do avanço da medicina na época.

"O desenvolvimento da indústria fabril arruinou os artesões e agricultores, obrigando-os a migrar para os novos centros industriais em massa, onde os esperavam condições de vida espantosas: jornadas de trabalho de 13 a 16 horas, inclusive para mulheres e crianças; moradias superlotadas e insalubres; salários baixos, insuficientes para lhes proporcionar nutrição adequada; ausência dos serviços sanitários básicos" (ROSEN, 1975).

"Em Liverpool, a duração média da vida em 1840 para as classes superiores (gentry, professional men, etc.), era de 35 anos, a dos homens de negócios e dos artesões abastados, 22 anos, e dos operários, jornaleiros e domésticas em geral de apenas 15 anos. (...) É a assustadora mortalidade infantil da classe operária que aumenta as listas de mortalidade. O frágil organismo dum criança é o que oferece mais fraca resistência aos efeitos desfavoráveis dum modo de vida miserável; o estado de abandono em que freqüentemente se encontram quando ambos os pais trabalham, ou quando um deles morreu, não tarda a fazer-se sentir cruelmente; não é pois de espantar se, por exemplo, em Manchester, (...) mais de 57% dos filhos de operários morrem antes de terem atingido os 5 anos de idade, enquanto entre as crianças das classes burguesas a proporção de falecimentos não é senão de 20%, e a média de todas as classes nas regiões rurais não atinge 32%" (ENGELS, 1975).

Sobre o padrão de vida na Inglaterra naquele século, "não

há nenhum motivo 'a priori' para que o padrão de vida devesse subir marcadamente no começo do industrialismo. Uma subida inicial deve certamente ter tido lugar, sob fundamentos demográficos, mas ele pode ser na verdade muito ligeiro e não precisa ser duradouro uma vez que o novo ritmo do aumento da população foi estabelecido. Devemos nos lembrar que a diminuição da mortalidade, que é provavelmente a responsável principal pelo nítido aumento da população, precisa ser devido não a um aumento do consumo per capita por ano, mas a uma regularidade maior da oferta; isto é, à abolição das carências e formas periódicas que flagelaram as economias pré-industriais e dizimaram suas populações" (HOBSBAWN, 1981).

Com relação às taxas de mortalidade, pode-se constatar que as mesmas não apresentaram uma queda sensível até a década de 1870. "Depois disso, começaram a apresentar queda quase contínua, características dos países desenvolvidos: lenta, mas visível a princípio, e mais rápida a partir do começo do século XX" (HOBSBAWN, 1978).

Observa-se também que ocorreu uma queda na taxa de natalidade (pelo menos nas classes média e média baixa), e que assim o crescimento populacional passa cada vez menos a depender de uma diferença entre uma taxa de mortalidade alta e de uma taxa de natalidade ainda mais alta, sendo resultado mais da diferença entre uma taxa de mortalidade em declínio e de uma taxa de natalidade que também declinava com menor rapidez (HOBSBAWN, 1978).

MCKEOWN & BROWN (1955) realizaram um estudo sobre os procedimentos médicos relacionados com as mudanças ocorridas na população inglesa do século XVIII, chegando à conclusão que os procedimentos médicos específicos durante aquele século não contribuíram substancialmente para a redução da taxa de mortalida-

de, mas sugere que esta redução se deveu mais à um aumento populacional, do que à um aumento da taxa de natalidade. Pode-se dizer que o desenvolvimento do conhecimento da medicina no século XVIII (expansão dos hospitais, dispensários e serviços de obstetrícia; avanços na educação médica, fisiologia e anatomia; medidas profiláticas), não significou em benefício para a saúde da população, uma vez que é necessário um período de tempo entre o desenvolvimento destes conhecimentos, sua aplicação e possibilidade de avaliar os mesmos.

Os problemas de saúde suscitados pela Revolução Industrial não afetavam apenas o proletariado mas também as classes dominantes. Em primeiro lugar, elas não ficavam imunes às epidemias que grassavam nos novos centros industriais. Em segundo lugar, as más condições de vida e de saúde deveriam reduzir significativamente a produtividade do trabalho. E, em terceiro lugar, a situação desesperadora em que se encontrava a classe operária era terreno fértil para movimentos de revolta, que punham em perigo a ordem constituída" (SINGER, 1978).

Diante deste quadro o governo passou a adotar medidas que pudessem alterar as condições de saúde da população inglesa. Assim, a Poor Law de 1601, que foi modificada posteriormente nos anos de 1795 e 1834 instituindo as "workhouses", que eram locais para abrigo de enfermos, inválidos, doentes mentais, velhos e pessoas desempregadas, que deveriam trabalhar nas mesmas, incluiu entre as suas atribuições a atenção médica e de enfermagem.

Outras medidas sanitárias foram tomadas, principalmente no que diz respeito ao saneamento da água e do ambiente, que abriram caminho para a reforma sanitária e "institucionalização dos Serviços de Saúde, como serviços públicos dotados de poder para

impor normas de higiene pública. Embora o primeiro "Medical Officer of Health" tivesse sido nomeado em 1847, (...) a divisão do país em Distritos Sanitários, cada um com sua autoridade médica, só se deu de modo efetivo nos anos após 1870" (SINGER, 1978).

As mudanças oriundas da Revolução Industrial nas ações de saúde, tornou o hospital como um local privilegiado para o desenvolvimento das práticas de saúde.

"O hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era, por nenhum conceito, um meio de cura, nem havia sido concebido para curar. Até o século XVIII o personagem ideal do hospital não era o enfermo que havia para se curar, mas sim o pobre que já estava moribundo. Se trata de uma pessoa que necessita assistência material e espiritual, que necessita receber os últimos auxílios e os últimos sacramentos. Esta era a função do hospital. A primeira grande organização hospitalar da Europa se encontra no século XVII, essencialmente nos hospitais marítimos e militares. Se estes dois hospitais se converteram em modelo, em ponto de partida para a reorganização hospitalar, é porque com o mercantilismo as regulamentações econômicas se fizeram mais estritas e também porque o preço do homem aumentava cada vez mais. E precisamente nesta época, a formação do indivíduo, sua capacidade, suas atitudes, começaram a ter um preço para a sociedade. Examinemos o exemplo do exército... Em fins do século XVII, com a introdução do fusil, o exército se encontra muito mais técnico, sutil e custoso. Para aprender a manejar um fusil se requer exercícios, manobras, adiestramento. Assim é como o preço de um soldado excede o de um simples trabalhador... A partir desta transformação técnica do exército, o hospital militar se converte em uma questão técnica

e militar importante: 1) era preciso vigiar os homens para que não desertassem, já que haviam sido treinados a um custo considerável; 2) havia que curá-los para que não falecessem da enfermidade; 3) havia que evitar que, uma vez restabelecidos, fingissem estar enfermos e permanecessem acamados, etc. Como se levou a cabo esta reorganização do hospital? A reordenação dos hospitais marítimos, militares, não partiu de uma técnica médica, mas sim, essencialmente, de uma tecnologia que poderia denominar-se política: a disciplina. A disciplina é uma técnica de exercício de poder que não foi totalmente inventada, mas sim elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII" (FOUCAULT, 1978).

Isto é importante para que consigamos compreender a influência decisiva na estruturação institucionalizada da enfermagem, que tiveram as organizações militares (organização, disciplina e hierarquia) e as transformações ocorridas ao nível das instituições hospitalares (também por influência militar).

Para ROSEN, os hospitais desenvolveram-se na Grã-Bretanha no século XVIII ² a início de XIX. "Este desenvolvimento está ligado a importantes correntes políticas e sociais, especialmente o mercantilismo e o despotismo esclarecido, a iniciativa privada e a ação cooperativa, a concepção de uma política nacional de saúde, além de ter sido por elas produzido. A partir da posição mercantilista em relação à saúde, alguns homens de visão esboçaram, no século XVII, a idéia de saúde como elemento importante da política nacional. A abordagem de problemas de saúde dependia principalmente do objetivo de manter e aumentar uma população saudável, portanto de suma importância para a força econômica e política do Estado" (ROSEN, 1979).

Neste período os problemas de saúde eram enfrentados principalmente por autoridades locais, uma vez que o governo local era encargo dos municípios e das paróquias em que os municípios estavam divididos. Além do mais, a Lei dos Pobres (1601) encarregou à paróquia a responsabilidade do auxílio aos indigentes, que também incluía a atenção médica. Com o objetivo de reduzir os gastos com a assistência à saúde as paróquias empregavam os próprios pobres nas casas de trabalho, o que longe de resolver os problemas, agravaram ainda mais as condições de saúde, o que fez com que houvesse um reconhecimento do governo da necessidade de assistência médica para certos grupos da população.

Assim foi que entre os anos de 1714 e 1760, ocorreu em Londres e nas principais províncias a criação de dispensários, hospitais gerais e hospitais para grupos específicos de doentes, criados principalmente por iniciativa e contribuições privadas com alguma assistência do governo sob a forma de ação legislativa.

"As primeiras instituições a oferecerem atenção médica aos doentes pobres surgiram em Londres. A metrópole crescia, os salários eram altos e trabalhadores eram atraídos para a cidade. Entretanto, muitos não tinham condições de atender à exigência relativa à moradia e portanto não tinham direito à ajuda paroquial quando doentes. O Ato de Moradia de 1662 deu às autoridades paroquiais o direito de remover em quarenta dias qualquer recém-chegado incapaz de alugar uma moradia de dez libras, se considerassem que tal pessoa poderia se tornar um fardo para a paróquia. Além disso, os dois hospitais mais antigos, Santo Bartholomew e Santo Thomas, estavam superlotados e impossibilitados de atender a todos os necessitados" (ROSEN, 1979). Assim foi que durante as primeiras quatro décadas do século XIX, qua-

torze hospitais foram fundados em Londres.

Esta expansão teve diversas causas, que podem ser estudadas através de duas categorias principais: médica e científica e sócio-econômica. A grande explosão científica dos séculos XVI e XVII estabeleceu a base para que a ciência fosse aplicada à medicina. Em meados do século XIX, graças ao desenvolvimento da bacteriologia (descobertas de Pasteur e Koch), da introdução da antissepsia e incorporação das enfermarias modernas ao pessoal hospitalar, a imagem do hospital começou a se modificar.

"O desenvolvimento da bacteriologia capacitou o médico a tratar eficazmente uma grande quantidade de enfermidades infecciosas, que antes não podia enfrentar... Quase simultaneamente, o uso de métodos assépticos e antissépticos nos hospitais reduziu espetacularmente o número de mortos por infecção e também o tempo requerido para a recuperação dos enfermos. Além disso, a anestesia significou que se podia realizar a cirurgia sem dor e com mais esperanças de êxito" (SINGER, 1978).

Como consequência destes progressos na medicina, algumas alterações substanciais podem ser verificadas na instituição hospitalar, a partir deste período: 1) Mudança da imagem do hospital, de um local onde os pobres iam para morrer, para um local onde os enfermos podiam se curar; 2) Concentração das cirurgias no hospital, o que fez com que as pessoas de classes sócio-econômica superiores solicitassem os serviços hospitalares a conselho de seus médicos; 3) Mudança de objetivo dos hospitais, que de abrigo para os que dependiam da caridade pública passaram a se constituir "o centro" onde se dispensavam cuidados médicos; 4) Finalmente, a criação da enfermagem como ocupação leiga e de certo "status" (a partir de 1860), que contri-

buiu para a humanização do hospital e sua conversão numa instituição centrada na pessoa doente (SINGER, 1978).

Podemos então dizer que o surgimento e o desenvolvimento da enfermagem moderna na Inglaterra, se deu em um primeiro momento nos hospitais (por necessidade de uma "nova ordem" em saúde), principalmente os militares, e num segundo momento nas "workhouses" regidas pela Lei dos Pobres.

Quando se pensa na institucionalização da enfermagem e no reconhecimento social da profissão um só nome é apontado como o responsável destes eventos, que é o Florence Nightingale, criadora da primeira Escola de Enfermagem e divulgadora da enfermagem moderna na Inglaterra e em toda a Europa.

Não restam dúvidas de que Florence teve um papel fundamental no movimento da enfermagem moderna, mas se torna perigoso sob o ponto de vista do desenvolvimento histórico atribuir tal responsabilidade somente à uma pessoa, esquecendo totalmente que este movimento não se constituiu em um fenômeno isolado, mas sim que fez parte de todo um movimento geral que se realizou na Inglaterra naquele período.

Acreditamos pois, de que todo este privilégio em torno de seu nome se deva muito mais à sua forte influência e poder de penetração nas grandes decisões tomadas pelo Estado, bem como à utilização por parte deste mesmo Estado de sua pessoa, afim de que pudesse colocar em prática suas novas ordens no que diz respeito aos Serviços de Saúde.

Assim, para que possamos compreender o papel que Florence desempenhou na reforma da enfermagem, é fundamental que analisemos, mesmo que de forma sucinta, o seu papel na sociedade (principalmente sua origem de classe), bem como sua atuação

junto aos Serviços de Saúde e perante ao Estado.

Pelo levantamento bibliográfico de Florence¹ apreende-se facilmente que ela pertenceu à uma família da alta aristocracia inglesa, com grande poder de articulação com o grupo dominante da época, em especial com a família real.

Outro ponto que chama a atenção neste levantamento foi a sua preocupação e estudo de questões políticas, filosóficas e de conhecimentos gerais, questões estas tão "incomuns" na época para uma mulher, principalmente de seu status social. Estes dois aspectos são de fundamental importância para que consigamos compreender o caráter que Florence imprimiu à profissão de enfermagem, bem como à facilidade que teve para se impor e conseguir seus objetivos junto aos setores dominantes.

Assim⁰ foi que, seja pelo seu prestígio social quanto pelo seu conhecimento em enfermagem, que Florence em 1854, foi convidada pelo então Ministro da Guerra da Inglaterra para organizar, administrar e prestar cuidados de enfermagem junto aos soldados feridos na Guerra da Criméia².

"As realizações de Florence Nightingale na Guerra da Criméia a consagraram heroína nacional, e como prova de gratidão de seu povo, foram-lhe entregues 45.000 libras esterlinas obtidas por subscrição pública. Essa soma constituindo, posteriormente, o Fundo Nightingale possibilitou a organização da primeira Escola de Enfermagem" (ALCÂNTARA, 1963).

É importante observar que após a Guerra da Criméia, o relacionamento de Florence junto à administração pública britâni-

¹Para maiores detalhes sobre o assunto, consultar SEYMER, MOLINA e ABEL-SMITH.

²Em 1854 estourou a Guerra da Criméia entre a Rússia e a Turquia, conflito em que mais tarde participaram a França e a Inglaterra.

ca aumentou, uma vez "... em 1856, participou de cinco comissões reais, a convite da rainha Vitória, para investigar as causas das desorganizações dos hospitais militares na Criméia" bem como em 1860, também a convite da Rainha Vitória foi solicitada "... para trabalhar junto à Comissão Real, instituída para a renovação dos serviços de saúde do exército britânico" (SEYMER, s.d).

Também em 1860, com os recursos financeiros proporcionados pelo Fundo Nightingale, Florence organizou e fundou junto ao Santo Thomas Hospital (de longa tradição inglesa), a primeira Escola de Enfermagem de caráter secular.

A criação da enfermagem moderna e sua institucionalização, sob a égide do capitalismo e da Revolução Industrial, também criou no interior de sua prática as mesmas relações sociais existentes na sociedade, uma vez que nasceu dividida em duas categorias socialmente distintas:

1. Categoria das "lady-nurses": provenientes de famílias da classe alta e que portanto custeavam seus próprios estudos: formadas para exercerem as funções de supervisão, ensino e difusão dos princípios "nightingalianos" da enfermagem. Esta categoria dominava todo o "saber" da enfermagem, enriquecido por conhecimentos técnicos adquiridos dos avanços na área da saúde ou extraídos de sua posição de classe. "Foram elas que difundiram o sistema Nightingale, na Inglaterra e outros países como Canadá, Estados Unidos, Suécia e Alemanha, quer como fundadoras de escolas, quer como superintendentes do Serviço de Enfermagem nos hospitais reorganizados".

2. Categoria das "nurses": provenientes de classes de nível sócio-econômico inferior, recebiam ensino, uniforme e alo-

jamento gratuitos (subsidiados pelo Fundo Nightingale), mas deviam prestar serviços gratuitos no hospital do mínimo um ano após o término do curso. Eram excluídas do domínio do saber e prestavam o cuidado direto ao paciente, caracterizando portanto a sua prática como um trabalho manual assistencial, sob a direção e disciplinação das "lady-nurses" (ALMEIDA, et alii, 1981).

Para Florence, "as suas idéias acerca da enfermagem como profissão chocavam-se com a ideologia da era vitoriana, correspondente à prática da enfermagem, ou seja, uma forma de ocupação manual desempenhada por empregadas domésticas. Não obstante, a Escola iniciou o seu funcionamento tendo por finalidade o preparo de enfermeiras para o serviço hospitalar e para visitas domiciliárias a doentes pobres e o preparo de enfermeiras para o ensino de enfermagem" (ALCÂNTARA, 1963).

Na seleção das candidatas, as qualidades morais tinham prioridade e, durante o curso, a disciplina era extremamente rigorosa. "O rigor da escola era justificado, uma vez que, a imoralidade era caráter proverbial da profissão. Qualquer deslize, por pequeno que fosse, qualquer passo em falso, fariam cair a esperança da reforma da enfermagem e a elevação do seu status social seria retardado por muitos anos" (ABEL-SMITH, 1961).

Quanto à origem social das primeiras alunas que se inscreveram no curso, Florence inicialmente, hesitou em receber moças de nível sócio-econômico elevado, as "ladies", temendo sua incapacidade para o desempenho do trabalho planejado. Todavia, sua opinião mudou e no relatório da Escola, em 1861, escreveu: "Pessoas de maneiras finas e de educação, "ladies", de fato, não são, em regra, as que possuem melhores qualidades; estas são encontradas, em geral, entre as mulheres de inteligência

acima do normal, provindas de camadas sociais em que as mulheres são obrigadas a ganhar a vida. Entretanto, as "ladies" não devem ser excluídas; pelo contrário, se provarem sua capacidade profissional e tiverem qualidades exigidas para as funções de superintendente, serão admitidas na Escola e após o curso poderão ocupar, facilmente, cargos administrativos" (ABEL-SMITH, 1961).

Em outra ocasião, referindo-se às "ladies", disse ter sido sua intenção "preparar enfermeiras pertencentes a qualquer camada social, a qualquer seita religiosa, habituadas ou não ao trabalho remunerado, contanto que possuíssem qualidades morais, intelectuais e físicas para a vocação. Sem dúvida, aquelas que forem educadas, terão mais oportunidades para ocupar cargos de superintendentes, não por serem "ladies", mas por serem educadas" (SYMER, s.d.).

Assim, por ocasião da institucionalização da enfermagem, duas transformações básicas podiam ser observadas no seu trabalho:

1. A prática passa a ser formalizada e normatizada através do preparo formal, em detrimento à prática anterior que era exercida por leigas ou religiosas sem preparo formal.

2. O ensino ora instituído, possuía duas metas fundamentais: "formar pessoal que continuasse exercendo a prática anterior, mas com a introdução do elemento técnico(nurses), e formar pessoal para supervisionar, administrar e disciplinar o trabalho de enfermagem (lady-nurses)" (ALMEIDA et alii, 1981).

Um fator que chamou atenção neste momento de institucionalização da enfermagem, foi a oposição apresentada pela classe médica e pelas "antigas enfermeiras", quanto ao novo trabalho

da enfermagem que assumiu uma forma "organizada e disciplinada". Segundo levantamento realizado na revista "Lancet" deste período, vários artigos (escritos principalmente por médicos) apontam para uma atitude de "receio, medo e até apreensão" quanto à atuação das novas enfermeiras junto aos hospitais, no sentido de que elas estariam "penetrando em uma área inteiramente pertencente à classe médica", e "assumindo funções que não lhe pertenciam".

Segundo ALCÂNTARA, alguns médicos opuseram resistência ao plano de reforma da enfermagem, uma vez que o cirurgião chefe do Santo Thomas Hospital e presidente do Colégio dos Cirurgiões da Inglaterra, "não via necessidade de criação de uma escola de enfermagem. As "sisters" (enfermeiras-chefes), dizia ele, aprendem com a prática e as enfermeiras que lhe são subordinadas, nada mais são que empregadas domésticas" (ALCÂNTARA, 1963).

É interessante observar que a enfermagem, como profissão para-médica que é, desde a sua origem quando tenta disciplinar a sua prática, enfrenta problemas de desvios de funções principalmente com a classe médica. "A introdução de enfermeiras treinadas deu origem a conflitos com os médicos, com as enfermeiras mais antigas e com a administração. Para a nova supervisora realizar o que considerava como sua tarefa, tinha que construir o seu território. Tinha que encarregar-se de algumas das responsabilidades da equipe médica e de algumas responsabilidades da administração leiga. Além disso, tinha que centralizar a administração dos assuntos referentes à enfermagem, e com isso rebaixar a posição de outras enfermeiras. Mas não somente para a supervisora como também para as enfermeiras sob sua direção existiam os problemas de definição do papel, de posição e dos outros elementos sociológicos envolvidos em tais inovações. Os

médicos temiam que as enfermeiras minassem sua autoridade; ninguém havia traçado um limite entre a enfermagem geral, que era tarefa da supervisora e de sua equipe, e o tratamento médico, pelo qual os médicos eram responsáveis. É claro que um "modus vivendi" se desenvolveu e, especialmente nos hospitais voluntários ingleses, a enfermagem tornou-se um departamento essencialmente independente, sua chefe tendo uma posição de autoridade entre a equipe médica e a administração leiga. Mudanças semelhantes ocorreram muito mais lentamente nas enfermarias das casas de trabalho inglesas, essencialmente devido à dissuasiva filosofia que era a base de todo o sistema de administração da lei dos pobres" (ROSEN, 1974).

Quanto ao objeto do trabalho da enfermagem, os estudos demonstram que era voltado para o corpo, valorizando-se sobretudo o corpo biológico, "devido a sua importância para a produção econômica e a organização e administração no cuidado básico da saúde" (ALMEIDA et alii, 1981). Também utiliza concepções religiosa-humanistas afim de legitimar o seu trabalho e oferecer conforto espiritual ao paciente, incorporando porém os novos conceitos de saúde-doença que surgem com o capitalismo (higiene, cuidados, alimentação, etc.), conceitos estes considerados imprescindíveis à recuperação física imediata do paciente.

Portanto, ao se analisar o surgimento e desenvolvimento da enfermagem moderna na Inglaterra no século XIX, apreende-se as seguintes transformações ocorridas no interior da prática de saúde e de enfermagem que até então vinham se desenvolvendo naquele país:

1. A reforma da enfermagem empreendida por Florence Nigh-

tingale deu-se em decorrência da organização dos hospitais, que se tornaram locais privilegiados, quer para os exércitos renascentistas que necessitavam manter seus soldados saudáveis para as guerras, quer para a recuperação da saúde dos cidadãos para o processo produtivo.

2. Dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual — Uma vez que o trabalho manual que reveste o cuidado do corpo era praticado por mulheres "desonestas" (no período anterior à reforma da enfermagem) e se caracterizava em um trabalho "sujo", com a institucionalização da profissão, deveria ser transferido e executado pelas enfermeiras de classe econômica inferior (nurses). As enfermeiras de classe econômica superior (lady-nurses) deveriam executar o trabalho de superintendente, que se caracterizava em um trabalho "limpo" e portanto um trabalho "mais intelectual" (ALMEIDA et alii, 1981).

3. Coube à enfermeira "nightingaliana" (moderna) reproduzir no interior da prática da enfermagem as relações de subordinação-dominação do capitalismo, visto que a mesma surgiu não dominando o cuidado de enfermagem (o fazer), mas sim dominando todo o saber de enfermagem, assumindo o controle, a supervisão e disciplina desta prática (ALMEIDA et alii, 1981). Melhor dizendo, a enfermeira moderna monopoliza o conhecimento e "controla" o trabalho dos elementos subalternos de sua equipe, se caracterizando portanto em uma "gerente" deste trabalho.

4. A enfermeira moderna valeu-se do monopólio de classe, uma vez que a posição social das "lady-nurses" designadas como superintendentes dos hospitais foi fator de extrema relevância, pois ao assumirem seus cargos administrativos nas instituições hospitalares possuíam prestígio suficiente para estabelecer unidades de comando e centralizar a autoridade na chefia. Assim, as

superintendentes concretizaram um dos ideais da reforma da enfermagem e do capitalismo que era o da organização dos hospitais em moldes burocráticos.

CAPÍTULO IV

A ORGANIZAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

A análise sobre a organização e institucionalização da enfermagem como profissão no Brasil¹ e sua conseqüente divisão do trabalho, tem por pretensão abordar alguns aspectos que consideramos fundamentais, para a compreensão da prática da enfermagem enquanto prática histórica e socialmente determinada.

A institucionalização da enfermagem como profissão no Brasil se processou na década de 20, com a criação da Escola de Enfermagem Ana Neri em 1922 e sua regulamentação em 1923, então subordinada ao Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

O país convivia desde o século passado com um quadro nosológico caracterizado por doenças de massa e principalmente pestilenciais, como a tuberculose, cólera, malária, tifo, peste, febre amarela e varíola, podendo-se afirmar que os coeficientes de mortalidade por estas doenças eram elevados, confor-

¹Ver: ALMEIDA et alii (1981), SILVA (1986) e MELO (1986).

me os dados disponíveis para a cidade do Rio de Janeiro para este período. "Estas doenças, principalmente a febre amarela, trouxeram sérios problemas para o Estado enquanto ameaça à expansão capitalista, por se constituírem em fatores inibitórios da imigração de trabalhadores — tão necessário ao momento nacional — e impedirem a expansão do comércio internacional brasileiro. Fator inibitório da imigração porque a doença era de extrema virulência apresentando uma mortalidade elevada entre os estrangeiros que entravam no Brasil para trabalhar nas plantações de café e nas indústrias. Impedimento da expansão do comércio internacional brasileiro porque sendo o Brasil considerado "um grande foco" de febre amarela, despertava um sério temor nos países estrangeiros" (RAMOS & BLANK, 1981).

Tornou-se fundamental então o saneamento dos portos e núcleos urbanos, principalmente Rio de Janeiro, São Paulo e Santos, vinculados ao segmento comercial financeiro na área de exportação e ao capitalismo industrial nascente. Neste sentido, várias medidas foram tomadas na área de saúde, como as campanhas contra a varíola, febre amarela, peste bubônica e malária, acompanhadas de medidas jurídicas impositivas referentes à notificação de doenças, vacinação obrigatória e vigilância sanitária (COSTA, 1977). Estas medidas entretanto, "não ultrapassam os limites de soluções imediatistas a agudos problemas que, de uma forma ou de outra, poderiam vir a comprometer o processo de acumulação cafeeira. Ou então, constituem tão somente tentativas de respostas aos quadros calamitosos, epidêmicos, que ameaçavam a população em geral e que por vezes davam motivos a pressões políticas" (BRAGA & PAULA, 1981).

A partir da década de 20 a saúde pública cresceu como questão social no país, e passou a ser considerada como uma das

atribuições do Estado, que tentou estender os serviços de saúde para todo o país. Em 1920, foi criado então o Departamento Nacional de Saúde Pública através da reforma empreendida por Carlos Chagas, que estabeleceu como atribuições federais o saneamento rural e urbano, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional, atividades de supervisão e fiscalização, saúde dos portos e Distrito Federal e o combate às endemias rurais. "Contemporaneamente à reforma acima mencionada, ocorreu uma ampliação da área de atuação governamental no campo da saúde, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, ... que tinham entre seus objetivos prestar assistência médica e fornecer medicamentos a preços especiais" (SINGER, 1978).

Em 1922, através de um convênio entre o Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller e o Departamento Nacional de Saúde Pública, foi criado o Serviço de Enfermeiras do DNSP, organizado e dirigido inicialmente por um grupo de enfermeiras americanas, que mais tarde também criaram a Escola de Enfermagem Ana Neri nos padrões de formação "nightingalianos". A criação da Escola de Enfermagem atendeu "mais uma medida governamental do que um consenso nacional" (BARROS, 1981), ou seja, uma necessidade do Estado para a organização e implementação das novas medidas na área de saúde pública que se tornaram fundamentais para o desenvolvimento capitalista no país.

Assim como ocorreu na Inglaterra no século passado, o processo de seleção das alunas estava vinculado a uma situação de classe social. "A escola foi organizada no mais alto padrão, e a seleção das alunas também foi excepcional. Pela primeira vez foi possível recrutar, na mais alta sociedade brasileira, alunas para uma escola de enfermagem..." (MAGALHÃES, 1980).

Esta origem de classe social foi importante para a insti-

tucionalização da enfermagem no país, na medida em que as "novas enfermeiras diplomadas" passaram a exercer a administração e supervisão, portanto a gerência da assistência de enfermagem, e as atividades de ensino, ao passo que os cuidados diretos prestados aos pacientes ficaram a cargo dos leigos, religiosas e práticos de enfermagem (os atendentes de enfermagem da época) pertencentes às classes sociais mais baixas, surgindo assim a primeira divisão social e técnica do trabalho na enfermagem."As enfermeiras reproduziam na sua profissão a divisão entre o trabalho manual e intelectual, desde quando a sociedade brasileira, assim como as demais, não aprovava o trabalho da mulher fora do lar, muito menos para executar um serviço caracterizado como manual, e, portanto, inferior. As novas enfermeiras, cuja origem de classe era superior ao do pessoal que até então exercia o trabalho remunerado dentro da enfermagem, passaram a executar um trabalho também considerado superior..." (MELO, 1986).

Com relação à formação das enfermeiras, a mesma foi marcada por um grande paradoxo na medida em que, ao se importar um modelo americano que privilegiava a assistência médico-hospitalar que era a necessidade daquele país, ao ser implantado no Brasil que necessitava de mão-de-obra para a área de saúde pública, trouxe sérios problemas em relação ao ensino X prática. As alunas tinham a obrigatoriedade de realizar um estágio de oito horas diárias num hospital, "com direito à residência, pequena remuneração mensal e duas meias folgas por semana, o que correspondia a 48 horas semanais de atividades, excluídas as horas de instrução teórica e de estudos" (CARVALHO, 1972); somado ainda à grande dificuldade de adequação das enfermeiras no exercício da prática hospitalar, uma vez que a situação de campo nesta área criada pelas enfermeiras americanas, era fictícia

e por isso mesmo diversa da encontrada nos hospitais brasileiros (SILVA, 1986).

Até o final da década de 30, a área de atuação das enfermeiras esteve especialmente ligada ao setor de saúde pública, chamando atenção que em 1930 as atividades de saúde governamentais passaram do âmbito do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o recém-criado Ministério da Educação e Saúde, ocorrendo assim uma "maior ingerência do Governo da União no preparo do pessoal de saúde pública, tanto nas áreas mais especializadas de formação de médicos especialistas..., quanto no preparo de pessoal auxiliar, do tipo visitadora sanitária ... " (SINGER, 1978).

Nas décadas de 20 e 30 aconteceram também fatos significativos que marcaram a implantação da enfermagem moderna no país, que se caracterizaram pela criação da Associação Nacional de Enfermeiros Diplomados (hoje denominada Associação Brasileira de Enfermagem) e da revista "Anais de Enfermagem", bem como a regulamentação do exercício da enfermagem no Brasil. "A partir de 1932, uma série de decretos-leis vêm dar amparo legal às categorias auxiliares já existentes. O decreto nº 22.257 confere às irmãs de caridade, com mais de seis anos de prática, direitos iguais aos enfermeiros de saúde pública que atuavam nos hospitais das congregações religiosas. Em 1934, o decreto nº 23.774 ampara os laicos da enfermagem e regula os exames de habilitação necessários para os que contavam com menos de cinco anos de exercício de enfermagem" (MELO, 1986).

As décadas de 40 e 50 foram marcadas por um intenso processo de industrialização e urbanização, ocorrendo assim um aumento considerável dos assalariados urbanos e conseqüente aumento também da rede previdenciária no país, que a partir de

então passa a ter um crescimento considerável de gastos com a assistência médica.

Ainda na década de 40 é importante destacar a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942, através de um convênio realizado entre os governos do Brasil e Estados Unidos, que visava a prestação de assistência médico-sanitária aos trabalhadores na extração de borracha e populações amazônicas no combate à malária, que alcançava elevados índices de morbidade, prejudicando com isto a extração daquela matéria-prima. Sobre a criação deste serviço ALMEIDA et alii (1981) diz que "sua finalidade implícita entretanto (da qual aquele tipo de assistência constituía apenas meio, não fim), era garantir o suprimento de borracha necessário ao esforço de guerra americano".

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública possibilitou, por outro lado, uma ampliação do mercado de trabalho para as enfermeiras na área rural das regiões Amazônica e Nordeste, onde desenvolveram sua prática predominantemente voltadas para o controle epidemiológico e atenção materno-infantil.

Com o processo acelerado de industrialização e urbanização do país, aliado à crescente pressão dos trabalhadores assalariados por uma assistência médica individualizada, e em resposta à uma expansão econômica no setor saúde, ocorreu um desenvolvimento da indústria hospitalar determinando como isto uma modernização e expansão da rede hospitalar no país. A importância do hospital "se pode apreender, em primeiro lugar, pela concentração de instrumentos de trabalho que nele se dá, o que parece como premissa para a produção dos serviços na escala em que a dinâmica do modo de produção necessita" (GONÇALVES, 1979).

O marco importante neste processo de expansão e modernização hospitalar se deu com a criação de hospitais públicos com fins educacionais e de pesquisa, como o Hospital das Clínicas de São Paulo e o Hospital São Paulo. Surgiu assim um novo campo de trabalho para as enfermeiras, bem como a necessidade de uma mão-de-obra de pessoal de enfermagem auxiliar qualificada para a prestação da assistência de enfermagem. "O novo hospital, agora incorporado de tecnologia desenvolvida, exigia pessoal auxiliar capacitado. As enfermeiras diplomadas passam a integrar o corpo de pessoal do hospital, organizando em novos padrões o serviço de enfermagem" (MELO, 1986). São criados oficialmente os cursos de auxiliares de enfermagem e são regulamentados os cursos de enfermagem existentes no país, através da Lei nº 775, de agosto de 1949 e do Decreto nº 27.426.

Assim, a partir da década de quarenta, ocorreu uma mudança no mercado de trabalho para as enfermeiras, que além de atuarem na área de saúde pública, passam a encontrar uma nova área de atuação nos serviços hospitalares. Com relação ao trabalho desenvolvido pela enfermeira na rede hospitalar, podemos afirmar que não houve alteração de sua função em relação ao trabalho desenvolvido na área de saúde pública, visto que era contratada para o gerenciamento das unidades de internação, bem como para o treinamento e supervisão do pessoal auxiliar em serviço e organização de cursos regulares para a formação dos auxiliares de enfermagem. Assumiu também "as responsabilidades análogas àquelas das religiosas nos hospitais, referentes ao controle da limpeza, da roupa, do almoxarifado, ou da manutenção física da unidade de internação. O papel foi assumido... pelas próprias enfermeiras que viam, desta forma, uma oportunidade de ampliar seu raio de ação no hospital e grangear prestígio" (OLIVEIRA,

1979), que eram as atividades que os diretores e administradores hospitalares esperavam, ou melhor, impuseram para as mesmas. Aqui, mais uma vez, chamo a atenção para a falta de autonomia profissional da enfermeira, particularmente na área de decisões políticas da organização hospitalar e das ações a serem desenvolvidas, uma vez que, não participando destas decisões, apenas executavam as atividades estabelecidas pela direção. Este fato por si só, confirma o caráter subalterno do trabalho da enfermeira e o seu papel de representante, em última instância, do capital junto ao trabalho.

Gradativamente, as instituições hospitalares passaram a constituir um maior mercado de trabalho para as enfermeiras, "relegando a plano secundário, sob esse aspecto, os serviços de saúde pública que até então absorviam a maioria de diplomadas. Em 1943, entre 334 enfermeiras em serviço ativo, diplomadas pela Escola Ana Neri, 221 (66%) trabalhavam no campo de saúde pública e 32 (9,5%) em serviço nos hospitais. Em 1950, verificou-se que 49,4% das enfermeiras encontravam-se no campo hospitalar e 17,2% no campo de saúde pública..." (ALCÂNTARA, 1963).

Até meados da década de 50 a área da saúde pública foi a política dominante no setor saúde, perdendo a partir de então sua importância, que foi cedendo lugar à atenção médica individual, através do complexo médico-industrial que passou por um processo de tecnificação e sofisticação cada vez maior, revestindo-se assim rapidamente de tendências privatizantes. Esta mudança na política de saúde se deu em consequência ao modelo de política econômica adotado no país, que passou a privilegiar cada vez mais a entrada de capital estrangeiro inaugurando assim, uma nova etapa no processo de acumulação capitalista brasileiro. Por outro lado, pelo fortalecimento da política previ-

denciária baseada na doutrina do bem estar social, que devido à organização e pressões da classe trabalhadora, expande a assistência médica entre outros benefícios sociais (TEIXEIRA, 1980).

Paralelo à esta expansão do complexo-médico industrial ocorreu também, como era de se esperar, um aumento considerável de escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem. "Entre 1949 e 1956 surgem 37 novos cursos para auxiliares de enfermagem, equivalendo a 86,1% sobre o total de cursos existentes até 1956. Entre 1952 e 1956, para cada escola de enfermagem criada, surgem 3,5% de cursos de auxiliar de enfermagem. Outro dado interessante se refere à subordinação administrativa de tais cursos. Dos 43 cursos existentes entre 1940 a 1956, cerca de 30 eram mantidos por entidades de direito privado, sendo que grande parte dessas entidades incluía entre suas finalidades assistenciais a manutenção de hospitais. A expansão de escolarização dos enfermeiros e dos auxiliares reflete assim a necessidade crescente de mão-de-obra auxiliar na manutenção do novo modelo hospitalar" (MELO, 1986).

Ainda na década de 50, ocorreram dois fatos importantes para a enfermagem no país. O primeiro diz respeito à disciplinação do exercício da enfermagem através da lei 2.604/55, que segundo MELO (1986) oficializou a divisão do trabalho existente na profissão, através do reconhecimento dos seguintes agentes: enfermeiras, auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos e práticos de enfermagem. Esta lei, apesar da pretensão de disciplinar a prática da enfermagem, não especificava as funções que cada agente deveria ter, mas atribuía às enfermeiras o exercício da enfermagem em todos os seus ramos, funções de administração, responsabilidade pelo ensino das escolas de enfermagem e de auxiliares de enfermagem. "Portanto dá à enfermeira

um papel de controle das categorias ocupacionais e a atribuição das tarefas tidas como "mais intelectuais". Ao mesmo tempo que subordina a enfermagem à medicina, subordina também os ocupacionais de enfermagem à enfermeira" (ALMEIDA et alii, 1981).

O segundo diz respeito ao "Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil", realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem no período de 1956 a 1958. Este levantamento procurou analisar a distribuição da enfermagem no mercado de trabalho, bem como a organização do ensino, buscando com isto a legitimação do trabalho e do ensino da enfermagem.

A partir da década de 60 o país passou por profundas transformações nos setores político, econômico e social, que apresentaram um reflexo imediato na área da saúde, principalmente após o golpe militar de 64. "O golpe representou uma opção entre duas alternativas que se contrapunham como projetos de hegemonia: a nacional-populista ou a internacional-modernizadora. A opção pelo modelo econômico internacionalizado representou uma rearticulação da burguesia em torno do padrão de dominação burguesa, com exclusão de todo o aparato nacional-populista" (TEIXEIRA, 1980). A opção internacional-modernizadora privilegiou ainda mais as ações de saúde voltadas para a área curativa, ampliando assim a assistência médico-hospitalar principalmente às custas da rede hospitalar privada, que passou a partir de então, a atender cada vez mais os interesses do capital monopolista internacional.

De acordo com BRAGA (1978), entre os anos 50 e 66 houve uma expansão da assistência médica pela Previdência Social acompanhada de uma grave crise econômico-financeira, na medida em que, "ao mesmo tempo em que se procurava a expansão da medicina

previdenciária montava-se uma estrutura de atendimento hospitalar já basicamente de natureza privada e apontando na direção da formação das empresas médicas. Ademais, ocorre, então, o avanço da indústria farmacêutica e uma expansão substancial das importações brasileiras de equipamentos médicos".

Em 1966, com o agravamento ainda maior da crise econômica-financeira da previdência foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), através da unificação de seus institutos, que "vai acrescentar novas diretrizes à política da assistência médica que, em nome de uma racionalidade "necessária" e viabilizadora da expansão de cobertura, dá prioridade à contratação de serviços de terceiros em detrimento dos serviços médicos da Previdência Social" (TEIXEIRA, 1980). A Previdência Social passou a ser a grande financiadora de compra de serviços do setor privado, dada a insuficiência da capacidade instalada dos serviços próprios do INPS (ambulatorios e hospitais) para o atendimento de uma demanda de pacientes cada vez maior. Ocorreu assim uma multiplicação dos serviços privados, principalmente na área hospitalar, o que praticamente transformou o mercado de trabalho para a enfermagem, que se tornou, a partir de então, eminentemente hospitalar principalmente às custas da utilização de pessoal auxiliar, visando logicamente o aumento da margem de lucros das empresas hospitalares.

Nesta década, mais precisamente no ano de 1962, terminou o prazo estabelecido pela lei 775/49, que permitia o ingresso de alunas para o curso de enfermagem sem o 2º grau completo, o que segundo SILVA (1986) "representou um verdadeiro salto, um marco indiscutível na história da enfermagem profissional", visto que a partir daquela data a formação das enfermeiras passou de fato para o nível superior. Com a reforma educacional empre-

endida pelo governo, e como consequência da lei que fixava as diretrizes e bases da educação no país, foram fixadas os currículos mínimos para os cursos de enfermagem, bem como estruturados os cursos dos técnicos e auxiliares de enfermagem. A estruturação dos novos currículos, como era de se esperar, obedeceram ao modelo de saúde vigente na medida em que privilegiaram as disciplinas voltadas para a área hospitalar em detrimento da disciplina de Saúde Pública que foi retirada destes currículos.

A passagem do ensino de enfermagem para o nível superior foi significativa para a profissão, uma vez que atendeu às aspirações de ascensão profissional e social, principalmente para a classe média por um lado, e por outro, imprimiu um novo "status" para as enfermeiras que segundo o discurso dominante, permitiria uma maior autonomia profissional. Esta é uma questão amplamente questionável, pois a meu ver, uma autonomia profissional não se dá em função somente do nível de formação educacional, mas sim em função de como se dá a organização de um determinado processo de trabalho e a função que também é dada a determinados profissionais no interior deste processo de trabalho.

Outro fato importante para a enfermagem foi a criação do Curso Técnico de Enfermagem em 1966 que acredito, não surgiu de necessidades na área da enfermagem, mas respondeu isto sim à uma proposta governamental de priorizar o ensino profissionalizante de nível médio, o que traduz na verdade, a concepção de desenvolvimento e divisão técnica e social do trabalho na sociedade capitalista. O surgimento do técnico de enfermagem, segundo o discurso dominante das enfermeiras, significaria um salto para a profissionalização dos agentes da enfermagem, bem como uma possibilidade de melhoria da assistência de enfermagem

a ser prestada, dada a sua formação profissional. "A criação do curso técnico de enfermagem tende a provocar, a curto prazo, uma redivisão do antigo espaço da área, atuando como um complicador de seus conflitos manifestos e latentes, mas, sob outro ângulo, visto como uma possibilidade auspiciosa de ascensão social para os "ocupacionais" ou como um trampolim para se atingir o nível das enfermeiras" (SILVA, 1986).

O surgimento deste novo agente no processo de trabalho da enfermagem agravou ainda mais a indefinição de funções no interior deste processo principalmente em relação às enfermeiras, visto que as funções destes dois agentes em muito se aproximam, assunto que analisarei no próximo capítulo.

A década de 70 e início da de 80 foi marcada pela hegemonia da assistência médica hospitalar calcada em bases nitidamente empresariais e com fins lucrativos, bem como pelo esgotamento do modelo de assistência à saúde adotado no país. "O segmento de atenção médico-hospitalar é levado a uma situação de impasse, porque a realização de seu papel secundário — a acumulação capitalista das empresas de saúde — cada vez mais se impõem sobre o exercício de sua função principal da reprodução da força de trabalho. A elevação dos custos da atenção médico-hospitalar consome vorazmente os recursos da Previdência Social, sem que haja uma melhoria qualitativa ou aumento quantitativo correspondentes dos serviços prestados" (VIEIRA, 1978). Se torna então necessária uma racionalização do modelo adotado, no sentido de capacitá-lo a satisfazer as pressões crescentes da classe trabalhadora, mas de modo compatível com a capacidade financiadora da Previdência Social. Assim, uma série de medidas legais e de caráter administrativo são tomadas, destacando-se entre elas a criação do Ministério da Previdência e Assistência

Social (MPAS) em 1974.

Em 1975 foi promulgada a lei nº 6.229/75 dispondo sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde, que foi definido como o complexo de serviços do setor público e do setor privado voltados para as ações de saúde, e estabelecia os campos de ação dos diferentes órgãos que integram o referido sistema, a saber: Ministério da Saúde (ações de saúde coletiva), Ministério da Previdência e Assistência Social (ações de saúde individual), Ministério da Educação e Cultura (formação de recursos humanos), Ministério do Interior (política habitacional) e Ministério do Trabalho (higiene e segurança do trabalho, prevenção de doenças e acidentes profissionais e preparo de mão-de-obra). Esta lei que nunca foi regulamentada, serviu para reforçar ainda mais a dicotomia entre saúde coletiva e saúde individual.

A V Conferência Nacional de Saúde realizada em 1975 propôs a implantação de "Programas de Extensão de Cobertura", tendo como características básicas a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde em níveis de complexidade crescente, como estratégia para a descentralização na prestação de serviços básicos de saúde e racionalização do uso da capacidade instalada a recursos humanos, com vistas à redução de custos da assistência à saúde e aumento da cobertura assistencial. Assim, a partir da realização desta conferência vários programas experimentais foram implantados, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), das Secretarias Municipais de Saúde de Londrina/PR, Niterói/RJ e Campinas/SP, entre outros.

Em 1978 ocorreu uma nova reforma no âmbito da Previdência Social, com a criação das seguintes autarquias: o Instituto Na-

cional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) responsável pela prestação da assistência médica e social; o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) responsável por toda a atividade financeira do sistema; e a manutenção do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), agora responsável somente pela concessão de benefícios. Sobre as consequências desta reforma na crise da previdência, TEIXEIRA (1980) ressalta que "não existem indícios de alteração no padrão de organização da prática médica previdenciária, sendo que em nenhum momento a crise financeira decorrente da concessão da assistência médica nos moldes atuais, é identificada como causada, ao menos parcialmente, pelo modelo de privilegiamento do produtor privado de serviços. Pelo contrário, essa situação é freqüentemente dissimulada, atribuindo-se a crise financeira integralmente ao "excepcional" e espantoso desenvolvimento da assistência médica".

Em 1980 foi elaborado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE) que possuía como objetivo a integração de todos os serviços de saúde, através de uma série de medidas, entre as quais destacamos a reorganização do setor público e a utilização do setor privado apenas em caráter secundário. Este projeto que foi amplamente debatido à nível nacional e recebeu o apoio de várias entidades de classe, sofreu várias versões e nunca chegou a ser implantado, por pressões dos representantes do setor privado de saúde, culminando com seu arquivamento. É importante destacar a omissão da enfermagem nas propostas explicitadas pelo projeto, apesar da utilização em massa de pessoal auxiliar de enfermagem e de saúde.

Com o acirramento da crise da previdência social, é criado em 1982 o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Pre-

videnciária (CONASP), que elabora um documento intitulado "Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social", cuja finalidade básica é a racionalização de custos no setor através de uma série de medidas normatizadoras com relação às atividades a serem desenvolvidas na área da saúde, principalmente hospitalar, no âmbito da previdência.

Em 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que teve como objetivos a discussão e análise da proposta da "Reforma Sanitária", elaborada em função do reconhecimento oficial da precariedade do nível de saúde da população brasileira e da necessidade de transformações estruturais na área da saúde e da assistência médica no país. Assim, várias medidas estão sendo tomadas no sentido da elaboração de uma nova estrutura organizacional do sistema de saúde, do aperfeiçoamento dos instrumentos de articulação entre os setores do governo que atuam na área da saúde, bem como de mecanismos de planejamento para o setor.

Com relação à prática da enfermagem neste período (década de 70 e início de 80), continuou a ser predominantemente voltada para a área hospitalar, com a utilização cada vez maior dos atendentes de enfermagem. Por outro lado, ocorreu também um processo de expansão das escolas de enfermagem, bem como modificações no currículo de enfermagem e a criação dos cursos de pós-graduação em enfermagem.

A expansão das escolas de enfermagem se deu de forma acelerada, o que pode ser confirmado através dos dados, que apresentaremos a seguir. Até o ano de 1974 haviam 41 escolas, sendo que deste ano até 1980 foram criadas 38 novas escolas de enfermagem. O aumento significativo destas escolas pode ser explicado por um lado, pelo acompanhamento da expansão generalizada

do ensino universitário no país; por outro lado, pode ser atribuído em parte à orientação dada pelo Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura em 1975, no sentido de criação de novos cursos em todas as Instituições Federais de Ensino que ainda não os possuíam, dado a insuficiência de enfermeiras no país (SILVA, 1986).

A reformulação do currículo de enfermagem se deu através do Parecer nº 163/72 do Conselho Federal de Educação, que: 1) criou as habilitações nas áreas de saúde pública, obstetrícia e ginecologia e médico-cirúrgica; 2) deu ênfase nas especializações médico-cirúrgica e administração de áreas específicas (serviços de enfermagem hospitalar, serviços de enfermagem em maternidades e dispensários pré-natais e serviços de enfermagem em unidades de saúde). A criação das habilitações podem ser compreendidas como uma especialização precoce do graduando, o que é uma consequência direta do modelo de assistência médica que privilegia a especialização.

Em 1973 foi criado o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) instalado em 1975, seguido da criação dos vários Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), que se constituem em entidades disciplinadoras do exercício profissional. A criação destes órgãos encerrou um ciclo de batalha legislativa de anos. "A questão crucial subjacente ao longo processo de criação de um órgão fiscalizador para a enfermagem estava centrada no conflito de interesses entre algumas categorias da área: obstetrizes, auxiliares de enfermagem e enfermeiras, onde a proporcionalidade das respectivas representações bem como a forma de escolha dos representantes... eram os pontos principais de atrito" (SILVA, 1986).

A partir de 1976 começaram a surgir os sindicatos dos en-

fermeiros², que desde 1962, quando estes agentes passaram a ser enquadrados na categoria de profissional liberal, deixaram de pertencer ao sindicato de todos os outros agentes da enfermagem e demais trabalhadores das instituições de saúde. É importante destacar aqui que desde a criação da Associação Nacional de Enfermeiros Diplomados, as enfermeiras discutiam a formação de um sindicato distinto dos demais agentes da enfermagem. "A idéia de sindicalização sempre foi vista pela enfermagem como sendo algo que ia contra os ideais da profissão, como a preocupação pelo salário. Por ter sido a enfermagem sempre assalariada, estranha-se o surgimento do sindicato só em meados de 70. Parece que alguns mitos da profissão estão sendo aclarados, para deixá-la surgir como um trabalho, e como tal, fonte direta de obtenção dos meios de existência, por quem a pratica" (ALMEIDA et alii, 1981).

O início da década de oitenta foi marcado por um fato de extrema importância para a profissão, que foi a aprovação da nova lei do exercício profissional em 1986, e que se constitui em "um conjunto de disposições que não só verticalizam o exercício da enfermagem, distinguindo e hierarquizando profissões e ocupações, como também estabelecem, nas instituições de saúde, condições estruturais imprescindíveis a esse exercício" (COFEN, 1980). Esta lei na realidade, ratificou a divisão técnica do trabalho na enfermagem ao determinar as atribuições dos seus vários agentes. A aprovação desta lei significou mais de 10 anos de luta que mostraram o antagonismo existente e a falta de organização e união entre o pessoal de enfermagem, na medida em que os mesmos, através de suas entidades de classe, não conse-

²Ver: MELO (1986).

guiram chegar a um consenso em relação ao teor da referida lei, acarretando com isto a elaboração de várias emendas, o que em parte contribuiu para a demora e dificuldade de sua aprovação.

Se neste período assistimos alguns avanços para a profissão, como as criações do Conselho Federal de Enfermagem e Conselhos Regionais de Enfermagem e a aprovação da lei do exercício profissional, assistimos também à uma crescente crise da prática de enfermagem no país. Crise esta determinada por questões internas ligadas ao processo de trabalho de enfermagem, bem como pela própria crise do setor saúde e da sociedade brasileira, que analisaremos a seguir.

CAPÍTULO V

A ENFERMAGEM NUM CONTEXTO DE CRISE

Hoje, no Brasil, podemos dizer que a prática da enfermagem passa por um momento de sua mais grave crise. Em todos os grandes debates, tanto à nível estadual, como nacional, esta crise é amplamente discutida e a questão que se coloca é se esta crise que hoje assistimos é uma crise da enfermagem ou uma crise da enfermeira. Neste sentido, existem dois grupos distintos — os que defendem que a crise é de toda a enfermagem, e outro que define que a crise é uma questão específica da profissional enfermeira; mas ambos os grupos aceitam e entendem que esta crise foi determinada e agravada pelo esgotamento do modelo de assistência à saúde adotado no Brasil.

Esta divisão de opiniões, reflete uma despolitização e uma falta de compreensão da prática da enfermagem como prática histórica, e portanto socialmente determinada por parte dos agentes que trabalham na enfermagem, principalmente a categoria das enfermeiras, pois a meu ver, estamos vivenciando dois tipos de crise que se apresentam de forma articulada: uma de caráter geral para toda a enfermagem, e outra da enfermeira que assume

uma característica peculiar, motivada pela indefinição de sua função, tanto na assistência de enfermagem como nos serviços de saúde.

A crise geral da enfermagem, ou seja, de todos os seus agentes, pode ser caracterizada como uma crise no mercado de trabalho. "A crise no mercado de trabalho está demonstrada na redução drástica da oferta de empregos para pessoal qualificada, nos últimos três anos, especialmente para enfermeiras, apesar de comprovada carência de pessoal para o atendimento mínimo das necessidades de saúde da população brasileira. Isto, combinado com condições de trabalho inadequadas, baixos salários, subemprego, má distribuição e má utilização dos recursos humanos e, ainda, o baixo nível de organização do pessoal de enfermagem que, como categoria, encontra-se fragmentada, dividida e sem entidades representativas" (LORENZETTI, 1982). Esta crise geral da enfermagem não é isolada da crise geral do setor saúde no país, onde a utilização de pessoal desqualificado para prestar assistência de enfermagem é cada vez mais acentuada pelos serviços de saúde que assumem cada vez mais um caráter privatista na política de saúde.

Quanto à estrutura do pessoal de enfermagem, verificamos hoje no país, uma escassez de recursos humanos em todos os níveis com predominância de pessoal de nível elementar não devidamente qualificado, um número pouco significativo de pessoal de nível médio e insuficiência de profissionais de nível superior. De acordo com os últimos dados disponíveis levantados e analisados pelo Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem, na pesquisa intitulada "Força de Trabalho em Enfermagem" (COFEN, 1985), observou-se que dos 304.287 agentes de enfermagem, 8,5% são representados pelas enfermeiras, 6,6% pe-

los técnicas de enfermagem, 21,1% pelos auxiliares de enfermagem e 63,8% pelos atendentes de enfermagem. Ao compararmos estes dados com os levantados em 1956 pela Associação Brasileira de Enfermagem, onde as enfermeiras representavam 8,0% os auxiliares de enfermagem 22,8% e os atendentes de enfermagem 68,2% (nesta época ainda não havia sido criada a categoria do técnico de enfermagem), observamos que a estrutura ocupacional da enfermagem pouco mudou nestes últimos 27 anos, podendo-se dizer esta estrutura possui a conformação de uma pirâmide: no seu ápice concentram-se os profissionais de nível superior que são os responsáveis pela qualidade da assistência prestada; no seu corpo, o pessoal de nível técnico e auxiliar, executores de grande parte das ações de enfermagem; e na sua base, concentra-se a grande massa do pessoal de enfermagem, que exercem a maioria das ações de enfermagem, e que não possuem um preparo formal — os atendentes de enfermagem.

O que se critica aqui não é a estrutura da pirâmide, que além de obedecer as normas estipuladas pela OPS, é a estrutura comum em termos de distribuição de trabalhadores em qualquer indústria ou instituição na sociedade capitalista, ou seja, um menor número de profissionais com maior qualificação e formação de nível superior no ápice da pirâmide, seguido de um contingente cada vez maior de agentes de menor qualificação no centro e na base. Criticamos isto sim, as características peculiares que a estrutura assume no Brasil, onde a base da pirâmide da equipe de enfermagem é formada por agentes de enfermagem — os atendentes de enfermagem — que não possuem uma preparação formal para o exercício da prática da enfermagem.

A absorção dos agentes de enfermagem no mercado de trabalho se dá da seguinte forma: 70,4% em estabelecimentos hospita-

lares contra 27,9%, nos Centros e Postos de Saúde, Unidades Mistas e Pronto Socorros, Policlínicas e Postos de Assistência Médica do INAMPS (PAM's). É importante ressaltar aqui a disparidade existente quanto à absorção da mão-de-obra de enfermagem entre os hospitais públicos e privados. Nos hospitais públicos encontram-se 12% de enfermeiras, 13,8% técnicos de enfermagem, 29,7% auxiliares de enfermagem e 44,4% atendentes de enfermagem; ao passo que nos hospitais privados os enfermeiros representam 4,1%, os técnicos de enfermagem 4,3%, os auxiliares de enfermagem 18,9% e os atendentes de enfermagem 72,6% (COFEN, 1985). O grande contingente de atendentes de enfermagem empregados pela rede hospitalar, principalmente a privada, se deve fundamentalmente ao custo de sua força de trabalho que é a menor de todas os agentes de enfermagem, e que por isto mesmo responde à lógica do capital nas instituições de saúde, "A principal modalidade de prática e organização de saúde no Brasil, nos últimos anos, é a medicina hospitalar, tendente à concentração e à especialização crescente de recursos ~~de~~ e conhecimentos, fundada em bases nitidamente empresariais" (VIEIRA, 1978), e que cabe à ela entre outras coisas, a reprodução do capital investido no próprio setor saúde.

Em uma investigação feita em 200 hospitais do Rio de Janeiro, realizada pelo então Instituto Presidente Castelo Branco e Programa Intensivo de Preparação de Mão-de-Obra do Departamento de Ensino Médio do Ministério da Educação e Cultura, com o objetivo de recensear o pessoal de saúde nos hospitais, revelou os seguintes resultados: 1) Com relação à absorção de pessoal, os hospitais do setor público apresentaram 1,37 servidores por leito, enquanto que nos do setor privado a proporção era de 0,91; 2) Os hospitais do setor público absorviam quase três

vezes mais profissionais de nível superior que os do setor privado (94% a mais de absorção), sendo esta diferença significativa para os enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais; 3) Maior absorção de pessoal qualificado (ocupações de nível intermediário) por parte do setor público, 218% a mais que no setor privado; 4) Os hospitais do setor privado absorve um maior contingente de mão-de-obra de nível elementar, na razão de 27% maior que nos hospitais do setor público. Sobre os resultados desta pesquisa diz POSSAS (1981): "Como conclusão geral, o censo revelou que o setor público... empregava cerca de 50% de pessoal a mais que o setor privado, principalmente quanto ao pessoal de nível superior (94% a mais) e de nível intermediário (218% a mais). Isto pode, de um lado, ser explicado pelo fato de grande parte dos hospitais gerais do setor público constituíram hospitais de grande porte, mantendo unidades de pacientes externos e unidades de tratamento intensivo, para os quais há maior necessidade de pessoal; mas por outro lado, não esclarece a utilização proporcionalmente maior, por parte do setor privado, de mão de obra "elementar", de pequena ou quase nenhuma preparação, o que fortalece a hipótese de que o setor privado tenderia a utilizar mão de obra pouco qualificada para a redução de seu custo operacional".

Em um outro estudo realizado por PICANÇO, e citado por OLIVEIRA (1979), sobre os serviços de enfermagem nos hospitais contratados pelo então INPS, a autora observou que apenas 50% destas instituições possuía enfermeiras nos cargos de chefia dos serviços de enfermagem, e que nos outros 50%, esta chefia era ocupada por uma variedade de pessoas, inclusive atendentes de enfermagem. Quanto à força de trabalho de enfermagem contratada por estes hospitais, era constituída de: 66% de atendentes de

enfermagem, 27% de auxiliares de enfermagem e apenas 4,1% de enfermeiras. "Tudo isto se passa em estabelecimentos credenciados, apesar das exigências do manual de classificação hospitalar. Não raro, tem sido denunciada a cumplicidade de enfermeiras na fraude do credenciamento, emprestando seu nome profissional em troca de uma retribuição financeira a que, muitas vezes, se vê obrigada para aumentar seus parcos salários".

Com relação ao número mínimo de agentes de enfermagem (aspecto quantitativo) necessários para a prestação da assistência de enfermagem, seja à nível hospitalar ou à nível de saúde pública, a análise se baseia em dados elaborados pela Organização Pan-americana de Saúde (OPS/DMS, 1972), em vista da ausência de um referencial brasileiro. É estabelecido como razões mínimas de pessoal de enfermagem para a área hospitalar, 33 agentes de enfermagem para cada 100 leitos, sendo que 6 devem ser enfermeiras, e 27 auxiliares de enfermagem. Para a área de saúde pública — atividades de atenção de saúde à comunidade — estabelece como padrão, a necessidade mínima de 1,2 enfermeiras e 5 auxiliares para cada 10.000 habitantes. Segundo os dados do COFEN (1985), verificou-se a existência de 3,3 enfermeiras, 14,5 técnicos ou auxiliares de enfermagem e 30,2 atendentes de enfermagem para cada 100 leitos na área hospitalar, ressaltando ainda a forte variação destes indicadores quando se comparam os dados entre os hospitais públicos e privados; e na área de saúde pública foi constatada a existência de 0,31 enfermeiros, 0,04 técnicos e auxiliares de enfermagem e 3,03 atendentes de enfermagem para cada 10.000 habitantes. É importante destacar que no estudo do quantitativo do pessoal de enfermagem de saúde pública, somente foram considerados os enfermeiros lotados à nível local, sendo que a exclusão dos enfermeiros de nível cen-

tral não trouxe prejuízos substanciais aos resultados encontrados.

Podemos observar assim um enorme déficit de pessoal de enfermagem nos serviços da saúde, principalmente se levarmos em conta que estes padrões são considerados "mínimos", e que por isso mesmo, não podem garantir uma qualidade da assistência prestada, e isenta de riscos para os pacientes. Assim, podemos dizer que os estudos de recursos humanos que apenas buscam identificar distorções em sua composição profissional a partir de um modelo estabelecido, se torna muito limitado e insuficiente, na medida em que são fechados em si mesmos, ou seja, não levam em conta as especificidades de cada local onde vão ser aplicados.

A baixa absorção do pessoal de enfermagem, em especial das enfermeiras, vem se acentuando cada vez mais a partir de 1974, mas toma contornos mais graves a partir de 1980, com o acirramento da crise econômica instalada no país, que teve como consequência lógica uma retração no mercado de trabalho. Isto pode ser demonstrado pela taxa de excedente anual de mão-de-obra das enfermeiras, que alcançou a média de 35%, entre os alunos egressos de 81 cursos de graduação de enfermagem no período compreendido entre 1981-1983. Para este período, a média estimada de egressos destes cursos de graduação era de 2.500 enfermeiros, sendo que o mercado de trabalho absorveu apenas a média anual de 1.624 (COFEN, 1985).

A formação de recursos humanos na área da saúde possui um papel determinado historicamente que é o de reproduzir a organização dos serviços de saúde através da preservação de práticas e conhecimentos, defendendo inclusive os conteúdos ideológicos dominantes. Assim, tanto o processo de formação, quanto

o de utilização de pessoal, condicionante de um dado mercado de trabalho, é determinado pela política de saúde, que nos últimos anos privilegiou a assistência médica-hospitalar, calcada em bases nitidamente empresariais e por isso mesmo concentradora de rendas, o que pode explicar em parte a defasagem existente entre o número de pessoal de enfermagem necessário e a sua efetiva absorção no mercado de trabalho.

Paralelo à esta crise de mercado de trabalho que se encontra cada vez mais retraído, o pessoal de enfermagem está ainda submetido à condições de trabalho inadequadas, baixos salários e subemprego. "Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), em quase todos os países do mundo, as condições de trabalho do pessoal de enfermagem não são completamente satisfatórias devido, entre outros fatores, à remuneração inadequada, horário de trabalho muito longo sem período de descanso, plantões em domingos e feriados sem justa compensação, períodos incômodos ou fatigantes de trabalho, como os turnos da tarde e da noite. Autores brasileiros apontam, ainda, como problemas, a falta de alimentação no local de trabalho e o trabalho em ambiente insalubre, sem a devida proteção social" (COFEN, 1985).

Com relação às condições de trabalho inadequadas o que mais chama a atenção diz respeito à jornada de trabalho a que está submetida o pessoal de enfermagem, que na grande maioria das instituições de saúde, representa uma jornada diária de 8 horas e uma jornada noturna de 12 horas de trabalho com intervalo de 36 horas, totalizando uma média de 40 horas semanais. Mas esta carga horária semanal varia sensivelmente de 40 a 50 horas, dependendo do caráter da instituição empregadora: pública ou privada. Em um estudo realizado por LORENZETTI (1982), a jornada

de trabalho no município de Florianópolis/SC é muito elevada, variando de 40 a 44 horas semanais para o pessoal de enfermagem que trabalha nas instituições públicas e de 48 a 50 horas semanais para os da rede privada. No estudo realizado pelo COFEN (1985), os autores concluem que a grande maioria do pessoal de enfermagem no país trabalha no mínimo 40 horas semanais, sendo que as instituições públicas são as que possuem os mais altos índices de pessoal de enfermagem trabalhando menos de 40 horas semanais. Se analisarmos a jornada de trabalho separadamente, entre as quatro categorias dos agentes de enfermagem, veremos que os resultados apresentam diferenças significativas. Senão vejamos: 1) No setor público, 47,1% das enfermeiras trabalham de 30 a 39 horas, 54,2% dos técnicos de enfermagem trabalham de 40 a 49 horas, 53,7% dos auxiliares de enfermagem trabalham de 40 a 49 horas, e 51,6% dos atendentes trabalham de 40 a 49 horas; 2) No setor privado, 67,7% das enfermeiras trabalham de 40 a 49 horas, 76,6% dos técnicos de enfermagem trabalham de 40 a 49 horas, 77,9% dos auxiliares de enfermagem trabalham de 40 a 49 horas, e 83,1% dos atendentes de enfermagem trabalham de 40 a 49 horas. Assim, das quatro categorias que trabalham no setor público, somente a das enfermeiras é que possui uma jornada de trabalho semanal com menos de 40 horas, sendo que no setor privado, como era de se esperar, todas as categorias trabalham mais de 40 horas semanais, sendo mais elevadas as porcentagens nas categorias do pessoal auxiliar, destacando-se principalmente a dos atendentes de enfermagem.

As características do trabalho da enfermagem-trabalho realizado em turnos, plantões noturnos, exposição à agentes físicos, químicos e biológicos inerentes ao ambiente de trabalho, principalmente na área hospitalar, elevação de pesos (como equi-

pamentos e pacientes), e trabalho realizado em sua maior parte do tempo em pé, entre outras — aliadas principalmente à jornadas de trabalho elevadas, tem sido apontado como um dos mais graves fatores que colocam em risco a saúde das pessoas que trabalham na enfermagem, destacando-se a fadiga e o stress.

Alguns trabalhos, como os de LORENZETTI (1982), COFEN (1985) e BURLAMAQUE et alii (1983), apontam que uma jornada de trabalho superior a 6 horas diárias interfere sensivelmente na qualidade da assistência prestada e diminui as condições de trabalho de pessoal de enfermagem, dado que a natureza de seu trabalho exige um maior esforço físico por parte de seus agentes. Destacam ainda, que jornadas de trabalho excessivamente longas (40 a mais horas semanais) são incompatíveis com as características e tipo de trabalho desenvolvido pela enfermagem, o que na maioria das vezes se torna extremamente estressante.

Quanto aos salários e benefícios percebidos pelo pessoal de enfermagem, a política estabelecida não difere da empregada para os demais trabalhadores assalariados do país. Por falta de uma legislação que estipule um piso salarial para o pessoal de enfermagem, os salários sofrem variações consideráveis nas várias regiões do país, bem como da característica da instituição empregadora.

1) Com relação às enfermeiras, 50% destes profissionais percebem de 4 a menos 6 salários mínimos no serviço público, contra 2 a menos 5 salários mínimos pagos pelo serviço privado, sendo que na média geral, (independente da característica da instituição empregadora) 69,6% ganham menos de 6 salários mínimos. Ainda em relação ao setor público e setor privado, 23,9% das enfermeiras que trabalham nos hospitais privados ganham menos de três salários mínimos, ao passo que nos hospitais públicos

apenas 1,6% estão situados nesta faixa salarial (COFEN, 1985).

2) Com relação ao pessoal auxiliar, 74,0% dos técnicos de enfermagem, 71,6% dos auxiliares de enfermagem e 86,0% dos atendentes de enfermagem percebem menos de 3 salários mínimos. É importante ressaltar que a remuneração dos atendentes de enfermagem não sofre alteração significativa nos serviços públicos e privados, uma vez que 69% dos que trabalham no setor público e 63,9% do setor privado, percebem menos de 2 salários mínimos (COFEN, 1985).

De acordo com LORENZETTI (1982), "o salário do pessoal de enfermagem é muito baixo; pois a grande maioria da enfermagem está situada na faixa dos 78% mais pobres da população brasileira que recebem até 3 salários mínimos", ressaltando ainda que os atendentes de enfermagem, além de representarem a maior força de trabalho da enfermagem e serem responsáveis por parcela significativa da assistência prestada, fazem parte das categorias mais exploradas do país, e que, portanto, vivem em estado de pobreza.

De acordo com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) "são consideradas atividades ou operações insalubres aquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância fixados em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos" (OGUISSO & SCHMIDT, 1984). Apesar da insuficiência de estudos que apontem os limites de tolerância, sabe-se que a enfermagem pela natureza de seu trabalho, principalmente na área hospitalar, está exposta à ação de vários agentes nocivos à saúde de seus agentes, entre os quais podemos destacar: "os agentes físicos (ruídos, radiações ionizantes), agentes químicos (benzeno e seus deri-

vados, e os agentes causadores de dermatoses: detergentes, anestésicos locais, antibióticos, sulfas, vitaminas, hidrazina) e agentes biológicos (causadores de tuberculose, hepatite A vírus, infecções estafilocócicas resistentes a antibióticos, doenças infectocontagiosas, etc.) (MENDES, 1973).

FRANCO (1981) ao realizar um estudo de morbidade referida nos trabalhadores do Hospital Universitário de Ribeirão Preto/SP no período de julho a dezembro de 1977, verificou que as queixas de doenças, segundo os critérios de diagnóstico utilizado, foram classificadas em dois grupos: as relacionadas com o processo de trabalho e as não relacionadas com o processo de trabalho. No primeiro grupo salientaram-se as doenças infecto-contagiosas numa proporção de 42,4% (orofaringite, gripe, bronquite, otite, piodermite, infecção urinária, gastroenterite e outras); e as doenças não infecto-contagiosas (lombalgias, doenças alérgicas, fadiga, acidente de trabalho, "dores na costa" e outras). No segundo grupo — doenças não relacionadas com o processo de trabalho — colocou-se em primeiro lugar a gravidez e suas complicações com 21,7%, seguido das doenças infecto-contagiosas com 19,8% (gastrite, gripe, uretrite, orofaringite, tuberculose pulmonar, otite, "abscesso dentário" e outras), e doenças não infecto-contagiosas (cardiopatia, doença mental, cirurgias, dores articulares, dismenorréia, gastrite e outras). Sobre os resultados encontrados, o autor chama a atenção para: "1) As doenças supostamente não relacionadas com o processo de trabalho, não devem, incondicionalmente, serem aceitas como tal..., a morbidade geral de uma comunidade deve ser sempre relacionada com o elemento trabalho; 2) As doenças supostamente relacionadas com o processo de trabalho não devem ser entendidas como de causa unívoca, mas espelham na verdade um conjun-

to de respostas a determinantes variados, inerentes ao seu processo de trabalho e à sua vida laborativa; 3) Entre esses determinantes devem ser incluídos, além dos agentes físicos, químicos, biológicos e psicológicos, também aqueles que, no seu conjunto caracterizam uma peculiar forma de exploração da força de trabalho, quais sejam: sobrecarga de serviço, salários insuficientes, condições de trabalho insatisfatórias e mecanismos formais e informais de controle dos funcionários".

Para o pessoal de enfermagem que trabalha em instituições hospitalares no país, apenas 59,6% de enfermeiras, 55,8% de técnicos de enfermagem, 48,0% de auxiliares de enfermagem e 30,8% de atendentes de enfermagem recebem adicional de insalubridade, chamando a atenção que o percentual diminui com o cargo que o indivíduo possui nestas instituições (COFEN, 1985). No município de Florianópolis/SC, apenas 3,4% das instituições pagam gratificação de insalubridade (LORENZETTI, 1982).

As questões acima analisadas são as características principais da crise pela qual o pessoal de enfermagem vem enfrentando atualmente para o exercício de sua prática. Crise esta, que não diz respeito somente aos agentes da enfermagem, mas à todos os trabalhadores assalariados do país, que neste momento também de crise da economia brasileira, enfrentam sérios problemas de desemprego, subemprego, baixos salários, exploração de sua força de trabalho, jornadas de trabalho extensas, associados a más condições de trabalho.

Quanto à crise do trabalho da enfermeira, além da mesma se encontrar submetida às mesmas condições de trabalho e mesmas dificuldades encontradas pelos demais agentes da enfermagem, enfrenta ainda a crise de "perda de espaço", poder, prestígio e

legitimidade de seu trabalho no interior da própria equipe de enfermagem e no setor saúde. Crise esta, caracterizada fundamentalmente no afastamento da enfermeira de seu objeto de trabalho — o cuidado de enfermagem — que desde a organização da enfermagem enquanto profissão, se tornou uma atividade realizada pelo pessoal dito subalterno da enfermagem. "Com este distanciamento, a enfermeira passou a gerenciar o processo de trabalho que foi subdividido e o pessoal auxiliar (principalmente os atendentes), passou a ser representado por trabalhadores parcelados, alienados do processo de trabalho" (ALMEIDA, 1984). Assim, entre as categorias que compõem a equipe de enfermagem, a enfermeira é aquela que não realiza a assistência direta ao paciente, e o seu trabalho se desenvolve essencialmente na esfera da organização e administração desta assistência. Esta atividade desenvolvida pela enfermeira, não se deu ao acaso e isoladamente, mas obedeceu à lógica da divisão do trabalho no Modo de Produção Capitalista, que necessita em todo trabalho coletivo, de um indivíduo que assuma a coordenação e gerência do mesmo.

Esta função da gerência da enfermeira não é compreendida, aliás, é negada e escamoteada pela grande maioria dos intelectuais da enfermagem, principalmente professores universitários, o que contribui para que a crise da enfermeira se acentue cada vez mais, uma vez que as mesmas são as responsáveis pela grande massa de produção científica, e mais grave ainda, pela formação dos novos profissionais na área da enfermagem. "A formação do aluno está centrada no cuidado direto, aprende que aí está a essência da profissão. Quando o aluno reclama que não fez universidade para dar banho no leito, a resposta que lhe é dada é que ele tem que saber fazer para depois mandar que outros fa-

çam, e que ele deve também saber supervisionar. Vê-se que o próprio ensino é contraditório, é centrado no cuidado direto não porque este é o objeto de trabalho da enfermeira, mas porque tem que saber fazer para poder ensinar e mandar que outras façam" (ALMEIDA, 1981). Esta contradição do ensino X prática é toda permeada por uma função ideológica, assumida pelas enfermeiras que acreditam na necessidade de saber fazer para depois ter condições de ensinar e supervisionar o cuidado de enfermagem prestados pelos agentes auxiliares da enfermagem, visualizando assim um processo de trabalho realizado em equipe como harmônico e humanitário, e negando por isto mesmo as suas contradições e a função que o enfermeiro assume neste processo.

A negação de que a enfermeira é a gerente da assistência de enfermagem, também pode ser percebida pelo discurso dominante das enfermeiras que analisam a prática da enfermagem como uma prática puramente técnica e portanto isolada de todos os fatores sociais, econômicos e políticos que a determinam, ao assumir uma posição de que a enfermeira afastou-se de seu objeto de trabalho e que a delegação de funções se faz necessária por uma questão de escassez de recursos humanos na enfermagem, principalmente de enfermeiras. "A explicação de que isto ocorre pela escassez de enfermeiras esconde a lógica inexorável que permeia todo o sistema capitalista que é a lógica do capital, voltada para a produção de mais-valia, a diminuição dos custos e o conseqüente aumento dos lucros. Se assim não fosse, como entender a propalada escassez de enfermeiras face à existência de desemprego na categoria bem como à existência de enfermeiras que se sujeitam a serem contratadas como auxiliares de enfermagem?" (SILVA, 1986). Como vivemos em uma formação social capitalista, é lógica a utilização e exploração da força de tra-

balho de pessoal de menor qualificação e o barateamento dos custos da produção de bens e serviços, e sendo a enfermeira um profissional "oneroso" (sob o ponto de vista do capitalista), a contratação de um número elevado dos mesmos ameaçaria o lucro das instituições de saúde.

Uma outra questão que vem ameaçando sensivelmente o trabalho das enfermeiras é a possibilidade de substituição das mesmas na administração das unidades de internação e postos de saúde (principalmente nos primeiros) pelos técnicos de enfermagem e técnicos de administração hospitalar. Isto vem ocorrendo com maior freqüência porque, se de um lado o trabalho realizado pelos agentes auxiliares de enfermagem é um trabalho "visível", palpável" e fundamentalmente necessário para a assistência à saúde dos indivíduos (executam o "fazer" na enfermagem), o trabalho da enfermeira, por outro lado, de organização, coordenação e supervisão da assistência da enfermagem não se constitui um processo que se possa visualizar em seu fluxo. Isto faz com que se crie uma "falsa imagem" de que o trabalho da enfermeira não seja tão necessário, e por isso mesmo possa ser substituído por outras pessoas que percebam salários mais baixos, e que de certa forma possuem determinado conhecimento para a realização do trabalho da enfermeira nas instituições de saúde, particularmente as privadas. A respeito disto diz ALMEIDA et alii (1981): "... o saber das enfermeiras vem sendo domínio de outras categorias da enfermagem, como as do técnico e auxiliar. O técnico de enfermagem por exemplo, pode administrar uma unidade de internação. Esta é outra situação de crise. O monopólio do saber da enfermeira está sendo partilhado com outras categorias de enfermagem".

A meu ver, esta ameaça de "perda de espaço" por parte das

enfermeiras suscitou a necessidade de discussão e análise sobre o "papel da Enfermeiras na saúde e na sociedade" por parte dos grupos hegemônicos da enfermagem, numa tentativa de busca de novos caminhos para a sua prática de forma que a mesma seja reconhecida e legitimada. Este reconhecimento e legitimação se darão através de uma nova orientação de prática da enfermeira, onde se buscará determinadas atividades, que somente poderá ser executadas pelas enfermeiras e que se constituirão imprescindíveis para o processo de trabalho da enfermagem. "Frequentemente, a via vislumbrada para superar este problema é a da ciência, isto é, a busca de conhecimento das ciências sociais e sobretudo biológicas, que dão suporte à área e a construção — reconstrução de um saber que lhe seja próprio" (SILVA, 1986).

Algumas alternativas são levantadas, discutidas e algumas já em fase de elaboração e implementação, no sentido de elaborar uma proposta de trabalho para a enfermeira que busque uma reformulação geral de seu trabalho, imprimindo-lhe um caráter de cientificidade, o que na verdade significa um retorno do domínio de seu saber. As alternativas levantadas e apontadas como solução para a crise da enfermeira são: "1) aproximar-se da execução do cuidado direto ao paciente (do qual nunca participou efetivamente), aprofundando-o e sistematizando-o, o que constitui o "processo de enfermagem"; 2) procurar legitimação na execução de práticas mais tecnificadas, geralmente associadas à manipulação de aparelhos sofisticados, integrando equipes de cuidados especiais (intensivos, etc.); 3) procurar outras vias alternativas: articulação da saúde com as necessidades majoritárias da população" (ALMEIDA et alii, 1981), principalmente tentando garantir a participação da enfermeira nos Programas de Extensão de Cobertura.

A primeira alternativa apontada — o processo de enfermagem — que segundo HORTA (1975) "é a dinâmica das ações sistematizadas que visa a assistência profissional ao indivíduo, família e comunidade", permitirá à enfermeira (no caso o agente responsável pela elaboração e organização do mesmo) aproximar-se do cuidado direto ao paciente através da realização do histórico, diagnóstico, plano assistencial, plano de cuidados, evolução e prognóstico de enfermagem, promovendo a legitimação de seu trabalho em bases agora "ditas científicas" viabilizadas pelas teorias de enfermagem, que se constituem no saber da enfermagem¹. Este saber se constitui nos instrumentos de trabalho, que a meu ver, permitem a elaboração de técnicas e procedimentos com vistas a uma aproximação e transformação do objeto da enfermagem para o alcance de sua finalidade, "instrumental este legitimado e reproduzido pelo ensino desta prática" (ALMEIDA, 1984), uma vez que as Teorias de Enfermagem cada vez mais fazem parte dos currículos de graduação em enfermagem (principalmente a "Teoria das Necessidades Humanas Básicas" de Wanda Horta).

No meu entendimento, a utilização de teorias de enfermagem que permitem a elaboração de um processo sistematizado das atividades de enfermagem, significa a manutenção dos mesmos cuidados de enfermagem executados até agora, porém com uma "nova roupagem", uma nova forma que ao mesmo tempo continua escondendo e negando as contradições do trabalho da enfermagem, mas imprimindo-lhe um caráter de intelectualização e sofisticação. Por outro lado, esta intelectualização significa também uma procura de prestígio por parte das enfermeiras, ao buscarem na ciência o instrumental que lhes possibilite elaborar as teorias de en-

¹Ver: ALMEIDA, (1984) e ROSA (1985).

fermagem, uma vez que o seu trabalho, ou seja, as atividades desenvolvidas pela enfermagem não se constituem em uma ciência da enfermagem, embora seja fundamentada em bases científicas. Desta forma, "para que a enfermagem profissional se consolida do ponto de vista científico, é necessário que, a par da familiaridade com os aspectos a ela pertinentes das ciências biológicas, físico-químicas e humanas, aprofunda os estudos metodológicos e eleja temas relevantes à área para serem pesquisados, contribuindo, quiçá, para o desenvolvimento de outras ciências e, fundamentalmente, para o avanço do conhecimento relativo à assistência de enfermagem. Não se trata, portanto, como equivocadamente pensam as enfermeiras, de erigir a ciência da enfermagem e, para isto, elaborar teorias de enfermagem" (SILVA, 1986). A elaboração e utilização das teorias de enfermagem se constitui em uma das alternativas mais importantes e valorizadas pelas enfermeiras, uma vez que as mesmas possibilitariam uma certa autonomia profissional através da monopolização de um conhecimento específico para estes profissionais.

A segunda alternativa que se coloca, qual seja, a da enfermeira buscar para si a execução dos cuidados diretos ao paciente, nas unidades hospitalares que fazem uso de uma tecnologia apurada, e portanto sofisticada (tais como Unidade de Tratamento Intensivo, Unidade Coronariana, entre outras), já se constitui, podemos dizer, em um aspecto distinto da realidade do trabalho da enfermeira. São nestas unidades que encontramos uma maior concentração de enfermeiras trabalhando, e onde suas atividades se constituem em uma prática palpável, e por isso mesmo passível de ser visualizada concretamente. Não podem os esquecer por outro lado, da necessidade que se impõe nestas unidades hospitalares da utilização de pessoal de enfermagem mais

qualificado técnica e cientificamente, seja para o manuseio e principalmente interpretação dos instrumentos utilizados, seja pela vulnerabilidade dos pacientes internados que requerem um cuidado mais intensivo e acurado por parte dos profissionais que ali desenvolvem suas atividades. "É fato que alguns hospitais não só ampliaram seu quadro de enfermeiros, como passaram a redimensionar a estrutura da organização para atender às necessidades de assistência requerida pelo paciente. Assim, tem sido possível concentrar, em diferentes unidades, pacientes requerendo diferentes graus de cuidados-intensivo, médio e mínimo, de modo, não só, a propiciar a utilização mais racional de enfermeiros e ocupacionais na assistência direta ao paciente, como para melhorar a qualidade do atendimento. Assim os enfermeiros, quando no cuidado direto ao paciente, tendem a concentrarem-se nas UTI, na consulta e prescrição de enfermagem, com a conseqüente avaliação dos cuidados prestados, bem como na coordenação da assistência a pacientes" (OLIVEIRA, 1979).

A terceira alternativa — articulação da saúde com as necessidades majoritárias da população — busca sua corporificação principalmente a partir da Conferência Internacional de Atenção Primária, realizada em Alma-Ata-URSS, em 1978, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, que estabeleceu que "uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social" (OMS/UNICEF, 1979), sendo que o

Brasil se constituiu em um dos 134 países signatários desta proposta.

Os profissionais da área da saúde no Brasil, principalmente os sanitaristas, já vinham desde 1975 discutindo e apontando os Programas de Extensão de Cobertura como forma alternativa para a reformulação do Sistema de Saúde, visando com isto uma racionalização do modelo médico-hospitalar, e ao mesmo tempo uma expansão de cobertura populacional por parte dos serviços de saúde, "A reforma do setor saúde — para cumprir novos papéis assistenciais e racionalizar as práticas vigentes — deve resultar na extensão de sua cobertura populacional. Assim, as propostas de intervenção surgidas nessa época, visando a reforma sanitária por inovação ou racionalização, são englobadas dentro da categoria genérica de programas de extensão de cobertura. Eles surgem nos mais diferentes pontos dos aparelhos de Estado, com modelos e formulações variadas sob denominações que traduzem propósitos e interiorização, simplificação, regionalização, integração e promoção comunitária. Questionam criticamente as práticas e organizações de saúde atuais e buscam outras alternativas a serem incorporadas na concretização de novos modelos assistenciais" (VIEIRA, 1978). Assim, alguns modelos foram implantados (como os da Fundação SESP, PIASS, entre outros); outros que nem chegaram a ser implantados como o PREV-SAÚDE, por pressões sofridas pelo grupo majoritário da medicina privada no país.

Mais recentemente (1986) surge a proposta da "Reforma Sanitária", amplamente discutida a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que propõe muito mais do que a simples elaboração de Programas de Extensão de Cobertura, através de uma rede básica de serviços de saúde, mas sim uma reformulação ge-

ral na política de saúde brasileira. Propõe a organização do sistema de serviços de saúde, norteado pelos princípios de: universalização do atendimento em relação à cobertura populacional, equidade em relação ao acesso dos seus usuários, descentralização na gestão dos serviços, integração das ações, unidade de conduta das políticas setoriais, compromisso dos funcionários do sistema com a Reforma Sanitária e participação (tanto na formulação das políticas de saúde, gestão do sistema e acompanhamento e avaliação dos resultados). Para a implementação desta reforma é fundamental a criação e implementação de uma lei para o Sistema de Saúde, que deverá contemplar principalmente — a saúde como um bem social; a saúde como um dever do Estado e direito do cidadão; o papel do setor privado como concessionário daqueles serviços de saúde que o Estado não possui condições de executar, definindo normas que regerão o relacionamento entre o setor público e o setor privado; a criação de um novo órgão federal para o setor público, que deverá absorver todas as funções relacionadas às ações de saúde, que hoje se encontram diluídas em vários órgãos e ministérios; e a criação de um Fundo Nacional de Saúde.

Com a discussão e elaboração destas propostas, as enfermeiras passam também a discuti-las, assumindo aqui mais uma vez, uma postura de neutralidade em relação aos condicionantes, conseqüências e até mesmo contradições que as mesmas possam apresentar, interessando apenas buscar alguma forma de participação da enfermagem, e da enfermeira em particular, nas mesmas. "A prática da enfermagem sempre foi subordinada ao modelo de organização vigente no setor saúde, modificando-se sempre para acompanhar as suas transformações históricas" (UFSC, 1986), sem com isto realizar uma análise mais profunda, e portanto

mais crítica, que possibilite uma compreensão real destas transformações e suas conseqüências para a enfermagem.

Neste sentido, o Conselho Federal de Enfermagem e a Associação Brasileira de Enfermagem, atendendo solicitação da Resolução Interministerial nº 1/81, que dispõe sobre a elaboração de um programa de trabalho com vistas ao desenvolvimento de recursos humanos adequados aos serviços básicos de saúde, elabora um documento que apresenta em linhas gerais, considerações a respeito da enfermeira que deverá atuar nestes serviços, destacando fundamentalmente o "perfil do enfermeiro generalista". A formação deste enfermeiro generalista se dará através de uma nova estruturação dos planos de ensino das Escolas de Enfermagem, bem como através de Programas de Capacitação e/ou Atualização das enfermeiras. Para que possamos compreender a essência da busca de "um novo espaço" para as enfermeiras, o que em parte poderia solucionar a crise de seu trabalho (segundo o pensamento hegemônico), transcreveremos na íntegra as funções apresentadas pelas signatárias do documento, que devem nortear a formação do enfermeiro generalista, bem como os programas de capacitação ou atualização:

"A) nível primário

- identificar os problemas e as necessidades básicas de saúde da população, com um enfoque epidemiológico e sócio-econômico;
- identificar grupos de alto risco e vulnerabilidade, planejar e prestar assistência direta;
- coordenar as ações da assistência à saúde prestada pelo pessoal auxiliar, incluindo atendentes e agentes comunitários;
- programar as ações prioritárias para a assistência de

enfermagem;

- coordenar as ações de saúde para assegurar uma adequada articulação do nível primário com a assistência que desenvolve o sistema tradicional comunitário e com as ações de saúde correspondentes aos demais níveis do sistema que, de forma direta ou indireta, apoiam os serviços de Atenção Primária;

- prestar assistência ao grupo materno-infantil e aqueles indivíduos portadores de patologias mais frequentes, de evolução previsível, e de doenças endêmicas;

- desenvolver ações básicas de vigilância epidemiológica, como notificação de casos, proteção de grupos susceptíveis e divulgação de medidas proventivas adequadas;

- desenvolver programas específicos de enfermagem na condução de ações destinadas à prevenção de acidentes⁰, de doenças mentais e ocupacionais;

- treinar, capacitar, supervisionar e avaliar pessoal, a nível elementar formal ou informal;

- buscar tecnologias apropriadas para a atenção primária de saúde;

- utilizar instrumentos de avaliação de impacto das ações de saúde na comunidade;

- desenvolver ações educativas com indivíduos, famílias e comunidade, visando ao seu envolvimento e participação nas ações de saúde;

- prescrever e administrar medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas aprovadas pelas instituições de saúde;

- mobilizar as lideranças comunitárias, visando a sua

participação ativa na eleição de programas de saúde.

B) nível secundário e terciário

- prestar assistência direta a pacientes em unidades ambulatoriais, de internação e de emergência;

- organizar e dirigir serviços de enfermagem e suas atividades técnicas e auxiliares nas instituições de saúde;

- planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar a assistência de enfermagem;

- organizar, executar e avaliar programas de capacitação de pessoal de enfermagem;

- fazer consultoria, auditoria e emitir pareceres sobre a matéria de enfermagem;

- realizar consulta de enfermagem e prescrever a assistência requerida;

- participar do processo de recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem;

- participar no planejamento, execução e avaliação de planos e programas de saúde;

- facilitar o processo de integração docente-assistencial nos programas de capacitação de pessoal de enfermagem de todos os níveis;

- direcionar os esforços para compatibilizar filosofia e objetivos do pessoal de enfermagem de serviços e de ensino;

- direcionar e orientar os serviços de enfermagem, utilizando procedimentos que permitam a participação da comunidade, dos diferentes agentes da atenção primária, do grupo ocupacional de enfermagem, envolvendo-os na aplicação de práticas administrativas, centradas no processo de análise de problemas e

tomadas de decisões;

- desenvolver programas de educação continuada de acordo com as prioridades do sistema e as necessidades identificadas do pessoal;

- promover a integração e a coordenação com os grupos responsáveis pelo planejamento, normatização e tomada de decisões, nos programas de extensão de cobertura;

- participar de estudos para determinação de fatores que concorrem para a redução da média de permanência hospitalar" (COFEN & ABEn, 1981).

Fica claro através do enunciado destas funções, que existe uma necessidade premente de apontar determinadas atividades que somente deverão ser realizadas por enfermeiras, garantindo assim uma área de atuação específica deste profissional. Esta necessidade de garantia de um espaço de trabalho se torna ainda mais evidente quando neste documento é elaborado somente o perfil da enfermeira, não mencionando sequer as funções que deverão ser desenvolvidas pelos técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem. Esta omissão foi assim justificada: "Considerando a precariedade das informações quanto ao programa definitivo que será implantado para extensão de cobertura dos serviços de saúde e quanto ao processo de implantação e, portanto, a consequente necessidade de revisão deste documento, o COFEN e ABEn se dispõem a continuar colaborando para o maior detalhamento das funções aqui propostas e sua adequação aos programas e estruturas básicas, incluindo a definição do perfil do Técnico, Auxiliar de Enfermagem e Atendente, tendo em vista a tipologia e estrutura dos serviços básicos de saúde" (COFEN & ABEn, 1981).

É importante também, neste momento, apontar para uma grande contradição que este documento (e que podemos dizer por extensão, as enfermeiras) estão assumindo: as ações a serem desenvolvidas nos programas de extensão de coberturas, através da Assistência Primária de Saúde, apesar de serem tipicamente de enfermagem, podendo até serem ampliadas para algumas atividades médicas simplificadas, prevêm a utilização em larga escala de pessoal elementar (atendentes de enfermagem e agentes de saúde) e não de enfermeiras, estando implícito nestes programas a "desmonopolização" do saber por parte dos profissionais de nível superior. Portanto, as enfermeiras teriam suas funções mais voltadas para o planejamento, treinamento e supervisão das ações de saúde desenvolvidas. "A proposta não é no sentido de monopolizar o saber, mas sim de uma desmonopolização. Para tal, as propostas dos saberes de enfermagem devem estar voltadas para a sua totalidade e não para alguns agentes desta prática, para de fato serem aderentes às realidades históricas" (ALMEIDA, 1984).

Em qualquer uma destas três alternativas que se colocam como mecanismos para a possível solução da crise que a enfermeira enfrenta hoje no Brasil, é de fundamental importância que a mesma entenda e assuma a sua verdadeira função — o de gerente da assistência de enfermagem e de saúde; pois não é negando, escamoteando ideologicamente esta função, a tentando construir alternativas somente para seu trabalho que se conseguirá superar esta crise.

A superação desta crise se dará, no momento em que a enfermeira assumir de fato uma vinculação com a assistência de enfermagem, onde a sua função básica seria a de coordenação, tanto da assistência, quanto da equipe de enfermagem. Para tanto, é essencial que a enfermeira se una com os demais agentes da

enfermagem, visando a elaboração de uma proposta de trabalho conjunta, na qual caberá à enfermeira a iniciativa do exercício de uma prática de enfermagem elaborada em bases científicas. Esta sua nova função de coordenação deve ser entendida "como uma atividade coletiva, democrática e que inclui uma relação de "pensar junto", e de "fazer junto", e não como uma atividade de chefia que detém o saber e o poder, uma relação de dominação em que o enfermeiro pensa e planeja e os demais elementos da enfermagem executam" (UFSC, 1986).

É imprescindível portanto, que as enfermeiras se conscientizem de que entre os agentes da enfermagem, são as que se encontram em uma posição de maior "fragilidade", visto que sofrem as conseqüências das duas crises por nós analisadas — a da enfermagem e a específica da enfermeira — e que a solução para as mesmas não se dará apenas por soluções realizadas à nível técnico no interior do processo de trabalho da enfermagem e do processo de trabalho em saúde. A transformação da prática da enfermagem se dará em conjunto com a transformação do setor saúde e da sociedade em seus aspectos econômicos, sociais e políticos por um lado, e por outro, através da união e organização de todos os seus agentes na discussão de seus problemas e elaboração de formas de lutas conjuntas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho teve como objetivo central a análise da organização e institucionalização da prática de enfermagem moderna no país, entendida como uma prática histórica e socialmente determinada, onde se buscou identificar a estruturação da divisão de seu trabalho, e as relações que se estabelecem entre os vários agentes do processo de trabalho da enfermagem.

Para a análise da organização do processo de trabalho da enfermagem, realizamos uma abordagem teórica sobre o trabalho, o processo de trabalho e a divisão do trabalho na sociedade. Vimos então que, historicamente o processo de trabalho sofreu variações de uma formação econômica-social para outra, sendo que somente com o modo da produção capitalista é que este processo assume um caráter de trabalho coletivo, como é o da enfermagem, determinando com isto uma divisão social e técnica do trabalho; e que os elementos que compõem este processo de trabalho (o objeto, os instrumentos e os meios e o próprio trabalho) deixam de pertencer aos trabalhadores e passam para o domínio do capi-

tal.

Para a análise da prática de enfermagem no Brasil, estudamos inicialmente o desenvolvimento desta prática na Inglaterra, por ser este o local onde se deu o surgimento da enfermagem moderna. Assim, o estudo sobre o desenvolvimento e a institucionalização da prática da enfermagem moderna nestes dois países, nos mostrou que as mesmas se deram em um período de estruturação e expansão do modo de produção capitalista. A organização do processo de trabalho da enfermagem portanto, se deu com a característica de um trabalho coletivo, determinando assim uma divisão social e técnica do trabalho.

A divisão social do trabalho na enfermagem ficou evidenciada pelo processo de seleção dos vários agentes da enfermagem em classes sociais distintas: a enfermeira pertencente a uma classe social alta, e os agentes de enfermagem pertencentes às classes sociais mais baixas.

Na divisão técnica do trabalho, o processo de trabalho da enfermagem, que tem como objeto o cuidado ao paciente, foi dissociado e parcelado em seus elementos mais simples, cabendo à enfermeira o domínio do conhecimento deste processo, e aos agentes auxiliares da enfermagem, a execução e o domínio das partes do processo que lhes cabem executar, ocorrendo assim uma separação entre concepção e execução deste trabalho. Com a divisão parcelada das atividades de enfermagem, executadas por diferentes agentes, a enfermeira assume então, a função de gerente deste processo de trabalho, objetivando com isto o controle de todas as fases deste processo. Conseqüentemente, como gerente da assistência de enfermagem, cabe às enfermeiras as atividades de administração e de supervisão, e não a prestação do cuidado de enfermagem.

As relações de trabalho que se estabelecem no interior do processo de trabalho da enfermagem que são antagônicas e contraditórias, dada as características de um trabalho coletivo, no discurso dominante das enfermeiras não são compreendidas como tal, ou pelo menos são escamoteadas. Neste discurso, o trabalho da enfermagem é visto como um trabalho realizado em equipe, de forma harmônica, onde todos os agentes de enfermagem dominam as diversas fases do processo de trabalho, e que a delegação de atribuições se faz necessária dada a superioridade técnica da enfermeira. Esta visão, como vimos, traz em seu bojo, questões puramente de ordem ideológica, na medida em que não analisa as condições concretas em que o processo de trabalho foi organizado, bem como o historicidade desta organização.

O estudo sobre a organização e a institucionalização da prática da enfermagem no Brasil, articulada à organização dos serviços de saúde, nos permitiu evidenciar que as mudanças ocorridas no interior de sua prática — em termos de mercado de trabalho, ensino e surgimento dos agentes do trabalho da enfermagem — foram determinadas pelas transformações ocorridas nos setores político, econômico e social no país.

Por outro lado, nos permitiu também identificar que na atualidade, a prática da enfermagem passa por um momento de crise: a crise de trabalho da enfermagem, e a crise específica da enfermeira.

A crise de trabalho de enfermagem, articulada que está à crise do setor saúde e da sociedade em geral, pode ser caracterizada como uma crise de mercado de trabalho, como o desemprego e o subemprego, a utilização cada vez mais acentuada de pessoal elementar, associados à jornadas extensas de trabalho, baixos salários e más condições de trabalho, são o reflexo da po-

lítica privativista de saúde adotada no país.

Com relação à crise de trabalho da enfermeira, constatamos que a mesma se deu em função do seu afastamento do objeto de trabalho da enfermagem pela atividade gerencial que executa, caracterizando com isto uma perda de espaço, poder, prestígio e legitimidade de seu trabalho no interior das práticas de enfermagem e de saúde. Como forma de solucionar esta crise vimos que as enfermeiras buscam algumas alternativas técnicas que possibilitem uma reorientação geral de seu trabalho, através da definição e estabelecimento de algumas atividades que somente poderão ser executadas pelas mesmas.

Acreditamos que a saúde para a crise da enfermagem e da enfermeira não se dará somente por soluções técnicas realizadas no interior do processo de trabalho da enfermagem, mas se dará por transformações da organização dos serviços de saúde e da sociedade. É fundamental portanto, que a enfermagem assuma uma postura política e lute conjuntamente com os demais profissionais da área da saúde e outros setores da sociedade, por uma reformulação da política de saúde no país. Reformulação esta que leve em conta as necessidades e os problemas de saúde da população, a universalização do atendimento e a responsabilidade do Estado na deflagração e condução do processo.

BIBLIOGRAFIA

ABEL-SMITH, B. A history of the nursing profession. Londres, Heineman, 1960.

ALCÂNTARA, G. Brief review of nursing in Brazil. Ministério da Educação e Cultura, Serviço de Documentação, s.d.

_____. Enfermagem: pessoal e suas categorias funcionais. Rev. Bras. Enf., 11(1):81-92, 1958.

_____. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, USP/Escola de Enfermagem, 1963. Tese de Cátedra.

ALMEIDA, M.C.P. Estudo dos saberes de enfermagem e sua dimensão prática. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública, 1984. Tese de doutoramento.

ALMEIDA, M.C.P. et alii. Contribuição ao estudo da prática de enfermagem - Brasil. Ribeirão Preto, USP/Escola de Enfermagem, 1981. (mimeo).

_____. A produção do conhecimento na pós-graduação em enfermagem no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33,

Anais, Manaus, 1981. p.119-27.

ARAÚJO, E.L. et alii. Assistência de enfermagem pela problemática do INAMPS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 32, Anais, Brasília, 1980. p.33-46.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Diretrizes para a enfermagem no Brasil. Relatório do levantamento de recursos e necessidades de enfermagem no Brasil - 1956-1958. Brasília, 1980.

BARROS, S.M.P.F. Enfermagem social: seu objeto de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Anais, Manaus, 1981.

BORGES, M.V. Considerações sobre a enfermagem na assistência primária de saúde. In: Semana de Enfermagem, 41º, Rio de Janeiro, 1980 (mimeo).

BOTURA, A.L. et alii. Estudos sobre as causas que podem concorrer para o distanciamento do enfermeiro da assistência direta ao paciente. São Paulo, 1979 (mimeo).

BRAGA, J.C.S. A questão da saúde no Brasil: um estudo das políticas sociais em saúde pública e medicina previdenciária no desenvolvimento capitalista. Universidade Estadual de Campinas, 1978. Tese de Mestrado.

BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. Saúde e previdência: estudos de política social. São Paulo, CEBES/HUCITEC, 1981.

BRAVERMAN, H. Trabalho e capital monopolista: a adequação do trabalho no século XX. 3.ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1981.

BROWN, L.E. Enfermagem para o futuro. New York, Russel Sage Foundation, 1984.

BURLAMAQUE, C.S.; KRUSE, M.H.L. & CUNHA, M.L. Realidade e perspectivas da enfermagem no Rio Grande do Sul, 1983 (mimeo).

CARVALHO, A.C. Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976. Documentário. Brasília, ABEn, 1976.

CARVALHO, V. & CASTRO, I.S. Reflexões sobre a prática da enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Anais, Fortaleza, 1979. p.51-89.

CASTRO, I.B. Aspectos críticos do desempenho de funções próprias da enfermeira na assistência ao paciente não hospitalizado. Rio de Janeiro, UFRJ/Escola de Enfermagem Ana Neri, 1977. Tese de Mestrado.

_____. O papel social do enfermeiro: realidade e perspectiva de mudança. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Anais, Porto Alegre, 1982. p.33-52.

CHAUÍ, M.S. O que é ideologia. São Paulo, Brasiliense, 1980.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Enfermagem brasileira em defesa dos seus direitos. Rio de Janeiro, 1980.

_____. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil: 1982-1983. Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 1985.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM & ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Enfermagem no projeto do Prev-saúde. Rio de Janeiro, 1980 (mimeo).

CORDEIRO, H. A indústria da saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

CORIAT, B. Ciência técnica y capital. Madrid, H. Blume Ediciones, 1976.

COSTA, N.R. Estado e política de saúde no Brasil:1890-1930. Relatório final da pesquisa "Campanhas Sanitárias no Brasil". PESES/FINEP, Rio de Janeiro, 1977 (mimeo).

DIONÍSIO, F.C. Teorias de Taylor e de Fayol. Rev. Paulista de Hospitais, 6(9):20-23, set. 1958.

DONNANGELO, M.C.F. Medicina e Sociedade. São Paulo, Pioneira, 1975.

DOURADO, H.G. Organização de escolas de enfermagem no Brasil. Anais de Enfermagem, (18):21-25, jan/mar. 1946.

_____. Resenha histórica da enfermagem no Brasil. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA, DNS/Divisão de Organização Sanitária, Rio de Janeiro, 1950.

_____. A enfermagem e a institucionalização da profissão e de seu papel profissional. Rev. Bras. Enf., Brasília, 31:293-303, 1979.

EHRENREICH, B. & ENGLISH, D. Witches, midwives and nurses. Monthly Review, 24-40, Oct. 1973.

ENGELS, F. A situação da classe trabalhadora em Inglaterra. Porto, Afrontamento, 1975.

FERREIRA-SANTOS, C.A. A enfermagem como profissão: estudo num hospital-escola. São Paulo, Pioneira Ed. da Universidade de São Paulo, 1973.

FLEURY, A.C.C. & VARGAS, N. Organização do trabalho: uma abordagem disciplinar: sete casos brasileiros para estudo. São Paulo, Atlas, 1983.

FOUCAULT, M. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. Educación Médica y Salud, 12(1), 1977.

FRAGA, C. Relatório dos Serviços do Departamento Nacional de Saúde Pública. Arquivos de Higiene, 2(1):214-216, maio 1928.

FRANCO, A.R. Estudo preliminar das repercussões do processo de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores de um hospital ge-

ral - Ribeirão Preto/SP. Ribeirão Preto, 1981. Tese de
Doutoramento.

GERMANO, R.M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo, Cortez, 1983.

GIANNOTTI, J.A. O ardil do trabalho. In: Exercícios da filosofia. Petrópolis, Vozes/CEBRAP, 1980. p.103-155.

GONÇALVES, R.B.M. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. São Paulo, USP/Faculdade de Medicina, 1979. Dissertação de Mestrado.

GORZ, A. Crítica da divisão do trabalho. São Paulo, Martins Fontes, 1980.

GUIMARÃES, R. Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

HOBSBAWN, E.J. Da revolução industrial inglesa ao imperialismo. Trad. de Donaldson M. Jarschagen. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.

_____ O padrão de vida inglês de 1790 a 1850. In: Os trabalhadores: estudo sobre a história do operariado. Trad. de Marina T.V. Medeiros. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981. p.72-113.

HORTA, W.A. O processo de enfermagem: fundamentação e aplicação. Rev. Enf. em Novas Dimensões, 1(1):10-16, mar/abr.1975.

JORGE, D.R. Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil. Rio de Janeiro, UFRJ/Escola de Enfermagem Ana Neri, 1975. Tese Livre Docência.

LORENZETTI, J. Caracterização da força de trabalho da enfermagem no município de Florianópolis/SC. Florianópolis, UFSC/

Pós-graduação em Enfermagem, 1982. Tese de Mestrado.

MARGLIM, S.A. Origem e funções do parcelamento de tarefas. In: Crítica da divisão do trabalho. São Paulo, Martins Fontes, 1980. p.37-77.

MARX, K. Contribuição para a crítica da economia política. São Paulo, Martins Fontes, 1977.

_____. El capital: crítica de la economia política. 2.ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1979.

McKEOWN, T. & BROWN, R.G. Medical evidence related to english population changes in the eighteenth century. Population studies, 9(2):119-141, 1955.

MELO, C. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo, Cortez, 1976.

MENDES, R. Controle médico dos trabalhadores de atividades hospitalares. In: Curso para médico do trabalho. São Paulo, FUNDACENTRO, 1973.

MENDES, I.A.C.; ANGERAMI, E.L.S. & PEDRAZZANI, J.C. Análise crítica do processo decisório de enfermagem. Rev. Bras.Enf., 30(4):404-411, 1977.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Departamento de Assuntos Universitário e Desenvolvimento Superior de Enfermagem no Brasil. Documento, Brasília, 1975.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Serviços de Saúde Pública. Enfermagem: legislação e assuntos correlatos. 3.ed. Rio de Janeiro, 1976. v.I a III.

MOLINA, T.M. Historia de la enfermaria. 3.ed. Buenos Aires, Editorial Intermédica, 1973.

MUNGIOFI, L.E. et alii. Estudo do tempo e movimento aplicado ao

- trabalho de auxiliar de enfermagem. Revista Paulista de Hospitais, 10(6):15-21, jun. 1962.
- NEWTN, A.M. Britain and the world (1789-1901). New York, Penguin Books, 1978.
- NOGUEIRA, R.P. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica. Rio de Janeiro, UFRJ/Instituto de Medicina Social, 1977. Tese de Mestrado.
- NUNES, E.D. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global Editora, 1983.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE & FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Cuidados primários de saúde. Alma-Ata, 1978. Brasil, 1979.
- OLIVEIRA, M.I.R. A enfermagem como coordenadora da assistência ao paciente. Análise sociométrica multirrelacional. São Paulo, USP/Escola de Enfermagem, 1972. Tese de Doutorado.
- _____. Enfermagem e estrutura social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Anais, Fortaleza, 1979. p.9-26.
- _____. O enfermeiro e a enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 33, Anais, Manaus, 1981. p.19-31.
- OLIVI, M.L. Contribuição ao debate sobre as tendências da prática de enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/Escola Nacional de Saúde Pública, 1982. Dissertação de Mestrado.
- PAIXÃO, W. História da enfermagem. 5.ed. Rio de Janeiro, Júlio C. Reis, 1979.
- POLETTI, R. Enfermagem: teoria e conceito. Trad. de Cecília Pecego Coelho, 1984 (mimeo).
- PONTES, C. A análise do trabalho como fator de melhoria dos padrões de produção. s.d. (mimeo).

- POSSAS, C. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal, 1981.
- RAMOS, C.L. & BLANK, V.L.G. Contribuição ao estudo da questão urbano sanitária do Rio de Janeiro: 1886-1906. Rio de Janeiro, 1982 (mimeo).
- RIBEIRO, C.M. Enfermagem em equipe: uma filosofia de trabalho. Revista Paulista de Hospitais, 7:335-336, jul. 1973.
- RODRIGUES, J.S. O papel da enfermagem no hospital. Revista Paulista de Hospitais, 10(9):14-18, set. 1962.
- ROSA, M.T.L. Reflexões acerca da assistência da enfermagem ao indivíduo como ser social. Florianópolis, UFSC/Pós-graduação em Enfermagem, 1985. Tese de Mestrado.
- ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- SANTOS, I. & VIEIRA, C.A.B. Análise crítica da prática atual de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Anais, Fortaleza, 1979.
- SEYMER, L.R. Florence Nightingale. Trad. de J. Guinsburg, São Paulo, Ed. Melhoramentos, s.d.
- SILVA, A.X. Enfermeiro: profissional autônomo ou subsidiário? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Anais, Fortaleza, 1979. p.71-84.
- SILVA, G.B. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo, Cortez, 1986.
- _____. Desenvolvimento da enfermagem: correlação dos problemas da profissão e da mulher na sociedade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Anais, Fortaleza, 1979.
- SILVA, G.B. et alii. Introdução à análise das transformações na

prática de enfermagem no Brasil, no período de 1920-1978. Ribeirão Preto, 1981 (mimeo).

SILVA, P.B. Divisão do trabalho: filosofia e origem do trabalho. Revista Paulista de Hospitais, 3(12):20-22, dez. 1955.

SMITH, A. O princípio que dá origem à divisão do trabalho. In: A riqueza das nações. Trad. de Luiz João Baraúna, São Paulo, Abril Cultural, vol. I, 1983. p.49-52.

SINGER, P. et alii. Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978.

SOUZA, A.M.J.; LOZIER, H. & CARVALHO, J.F. Estudos de atividades de pessoal auxiliar de enfermagem. Rev. Bras. Enf., 21(5):443-457, 1968.

STEAGALL-GOMES, D.L. Estudo dos riscos à saúde das pessoas que trabalham na enfermagem hospitalar. Ribeirão Preto, 1982 (mimeo).

TAYLOR, F.W. Princípios de administração científica. 7.ed. São Paulo, Atlas, 1979.

TEIXEIRA, S.M.F. Assistência médica previdenciária: evolução e crise de uma política social. Revista Saúde em Debate, 9: 21-36, jan./mar. 1980.

TIBIRIÇÁ, C.C. Delegação de atribuições em enfermagem. Revista Paulista de Hospitais, 22(8):375-377, ago. 1974.

TREVISAN, M.A. Estudo das atividades das enfermeiras chefes de unidades de internação de um hospital-escola. Ribeirão Preto, USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1978. Tese de Mestrado.

TREVISAN, M.A.; MENDES, I.A.C. & FÁVERO, N. Sub-utilização do

preparo profissional do enfermeiro. Ribeirão Preto, USP/Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1983 (mimeo).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Departamento de Enfermagem. Plano de Ensino da VII unidade curricular do curso de graduação em enfermagem. Florianópolis, 1986 (mimeo).

VARGAS, N. Organização do trabalho e capital: um estudo da construção habitacional. Rio de Janeiro, UFRJ/COPPE, 1979. Tese de Mestrado.

Gênese e difusão do taylorismo no Brasil. Rio de Janeiro, UFRJ/COPPE, 1984 (mimeo).

VERDERESSE, O. Análisis de la enfermería en la America Latina. Revista Educación médica y salud, 13(4):315-340, 1979.

VIEIRA, C.A. Extensão de cobertura no Brasil: crise e reforma do sistema de saúde: In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 30, Anais, Belém, 1978. p.37-60.

VOLPATO, T.C. A pirita humana: os mineiros de Criciúma. Florianópolis, Ed. da UFSC/Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1984.